

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Katedra psychologie Filozofické fakulty

**OSOBNOSTNÍ RYSY A DEPRESIVITA U DĚTÍ Z DĚTSKÝCH
DOMOVŮ**

(Personal traits and depression in children living at a children's home)



Diplomová práce

Autor: Eva Butschková

Vedoucí práce: PhDr. Simona Cakirpaloglu, PhD..

Olomouc

2010

Prohlašuji, že jsem písemnou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci dne 26. listopadu 2010

.....

Děkuji PhDr. Simoně Cakirpaloglu, Ph.D., jak za vstřícný přístup, trpělivost a odborné vedení mé diplomové práce, tak především za mnoho podnětných myšlenek a připomínek. Děkuji také RNDr. Evě Reiterové, Ph.D. za odbornou pomoc při vyhodnocování statistických dat a cenné rady. Dále děkuji všem dotazovaným dětem za účast při vyplňování dotazníků a ředitelům, kteří souhlasili s realizací mého výzkumu v jejich dětských domovech, čímž mi velmi pomohli s realizací této diplomové práce.

OBSAH

I. ÚVOD.....	5
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Psychický vývoj dítěte a jeho potřeby.....	6
1.1 Mladší školní věk	6
1.2 Starší školní věk, pubescence.....	9
1.2.1 Teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona.....	12
1.3 Hybné síly duševního vývoje.....	14
1.3.1 Biologické hybné síly.....	14
1.3.2 Sociální hybné síly.....	14
1.3.3 Osobnost jako hybná síla vývoje.....	15
1.4 Psychické potřeby.....	16
2 Depresivita u dětí.....	18
2.1 Pojem deprese a historie.....	18
2.2 Epidemiologie.....	20
2.3 Etiologie	20
2.3.1 Teoretické modely vzniku deprese.....	21
2.4 Sociální důsledky dětské deprese.....	24
2.5 Klinické příznaky dětské deprese.....	24
2.5.1 Prognosticky nepříznivé faktory.....	26
2.5.2 Depresivní syndrom u mladších školáků.....	26
2.5.3 Depresivní syndrom u starších školáků.....	27
2.6 Diagnostika dětské deprese.....	28
3 Ústavní péče o děti v České republice.....	38
3.1 Formy ústavní péče.....	38
3.2 Počty dětí v ústavní péči.....	39
3.3 Rizika ústavní výchovy.....	40
3.3.1 Psychická deprivace.....	40
III. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	43
4 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	43
5 Charakteristika výzkumného souboru a sběr dat.....	44
6 Aplikovaná metodika.....	45
6.1 Osobnostní dotazník B-JEPI.....	45

6.2 Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti CDI.....	47
7 Prezentace a interpretace empirických souvislostí.....	48
7.1 Popisná statistika.....	48
7.2 Parametrické testy a korelace.....	51
8 Diskuze.....	56
IV. ZÁVĚR.....	59
V. SOUHRN	60
VI. POUŽITÁ LITERATURA.....	63
ABSTRAKT	
PŘÍLOHY	

I. ÚVOD

Ve své diplomové práci se zabývám depresivitou u dětí. Deprese jako pojem je u veřejnosti velmi dobře známa. Kolikrát kolem sebe můžeme slyšet i v dopravních prostředcích, že někdo má depku nebo, že je depresivní počasí. Troufám si tvrdit, že i jako o nemoci – depresi má veřejnost jistě nějaké poznatky. Avšak zpravidla připouští depresi jen u dospělých nebo dospívající populace nad 15 let, u mladších dětí si depresi dovedou těžko či vůbec představit. Zájem o dětskou depresi se zvýšil až během posledních 30-ti let, do té doby byly případy deprese u dětí opomíjeny, schovávány za jiné nemoci, u psychoanalytiků byly považovány za nemožné. Zdroje uvádí různá čísla výskytu deprese u dětí, ale zhruba se pohybují v těchto číslech 1 – 8 % dětí a dospívajících. U mládeže hospitalizované v psychiatrických zařízeních se deprese může vyskytnout až u 27 %. Jistě to nejsou malá čísla na to, aby mohla být tato nemoc opomíjena tak, jak se tomu po dlouhou dobu dělo. Deprese je velmi závažné onemocnění, není to jen špatná nálada, nespavost a rozmrzelost a o to závažnější důsledky může mít u dětí, pokud není včas rozpoznána a léčena. Pro svůj výzkumný soubor jsem si vybrala děti z dětských domovů, protože mohou být zranitelnější po této stránce. I když se dnes dětské domovy hodně změnilo od dob, kdy Zdeněk Matějček popsal psychickou deprivaci, přece jenom nedokáží stoprocentně nahradit plně fungující rodinu. Tímto nechci naznačit, že každé dítě v dětském domově trpí depresí nebo je psychicky deprivované.

V praktické části se pokusím na základě poznatků z teoretické části a výsledků z měření pomocí osobnostního dotazníku B-JEPI a sebeuposuzovací škály pro děti CDI zjistit, jestli existují korelace mezi škálami dotazníku B-JEPI a subškálami CDI a také.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Psychický vývoj dítěte a jeho potřeby

K pochopení toho, jaký vliv může mít na dítě výchova v dětském domově, je třeba popsat optimální vývoj osobnosti dítěte s jeho potřebami a úkoly, které má v daném vývojovém období. Velmi dobrý přehled o této problematice podávají autoři Langmeier, Krejčířová (2006) a Vágnerová (2005) ve svých dílech o vývojové psychologii.

V této kapitole se budeme věnovat podrobnému popisu vývojových období, která se týkají námi zkoumaných dětí. Je to především mladší školní věk a starší školní věk neboli pubescence, protože Čermák a kol. (2004) uvádí, že výzkumníci různého teoretického zaměření se shodnou v názoru, že nejdisponovanějším obdobím rozvoje emocionálních poruch a poruch chování je nástup rané a střední adolescence. Všeobecně převažuje názor, že na začátku adolescence signifikantně vzrůstá výskyt deprese.

1.1 Mladší školní věk

Nástup do školy je důležitým sociálním mezníkem. Dítě získává novou roli – stává se školákem. Dítě ví, že se od této chvíle něco podstatného změnilo. Škola ovlivní další rozvoj dětské osobnosti, způsob prožití zbývajících dětských let, projeví se v oblasti sebehodnocení a to mnohdy velice zásadně. Toto období je řazeno od nástupu dítěte do školy do 11-12 let věku. Dítě mladšího školního věku je zaměřeno na poznání skutečného světa. Chce vědět, jaký je, podle jakých pravidel a zákonitostí funguje. Postupně začíná chápat pravidla, která platí a podle kterých svět funguje. V tomto období se rozvíjí emoční inteligence, děti lépe rozumí svým pocitům a dokáže je lépe vnitřně regulovat. Bez výhrad akceptuje formální autoritu dospělých. Vrstevnická skupina se v tomto věku stává významným socializačním prostředím (Vágnerová, 2005).

Svět školy poznamenává rozhodujícím způsobem toto období, zatímco u pubescenta se začínají výrazně prosazovat i jiné mimoškolní vlivy. Při běžném pohledu na tuto životní etapu se může zdát, že se zde neodehrávají žádné velké mezníky a události. Změny nejsou tak rychlé a dobře viditelné jako v předcházejících obdobích a dítě o sobě nedává tak nahlas a bouřlivě vědět jako v období následujícím. Četné vývojové psychologické studie však naznačují, že tomu tak není: vývoj pokračuje trvale a plynule a

ve všech směrech dosahuje dítě výrazných pokroků, které jsou pro jeho budoucnost často rozhodující. Toto období se také může označit jako věk střízlivého realismu. Dítě se stále více zajímá o to, jak věci fungují doopravdy – zajímá se o naučné knihy na toto téma. Dává přednost realisticky provedeným kresbám i příběhům. Zpravidla je realismus školáka zprvu závislý na tom, co mu autority (rodiče, učitelé, knihy) povědí, je to realismus naivní, a teprve později se dítě stává kritičtější, a tedy i jeho přístup ke světu je kriticky realistický – ohlašuje nástup dospívání. Dítě chce věci a svět kolem sebe skutečně prozkoumat, „osahat“ si ho a poznat ho na vlastní kůži (později tyto „zkoumání“ uskutečňuje ve své mysli, ve svých představách a fantaziích). Proto jsou u dětí v tomto věku tak oblíbené pokusy a názorné ukázky toho jak věci fungují (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Vývoj pohybových i ostatních schopností je do značné míry závislý na tělesném růstu. Ten je během tohoto období rovnoměrně plynulý. Významně a souvisle se během celého období zlepšuje hrubá i jemná motorika. Pohyby jsou rychlejší, svalová síla je větší a zejména je nápadná zlepšená koordinace všech pohybů celého těla. S tím souvisí rostoucí zájem o pohybové hry a o sportovní výkony, které vyžadují obratnost, vytrvalost a sílu. Závisí na tom však zlepšený výkon při psaní a kreslení.

Dítě ve školním věku si je už dobře vědomo svých zdarů nebo nezdarů v těchto oblastech a začíná si své vlastní dovednosti poměřovat s výkony druhých dětí, eventuálně s výkony dospělých. Opakované sociometrické studie ukázaly, že tělesná síla a obratnost hrají velkou roli v postavení dítěte ve skupině dětí: často velkou měrou rozhodují o obdivu a oblíbenosti, o vedoucí roli apod.

Pro rozvoj dětského sebepojetí je důležité, kým se dítě cítí být, za koho se považuje, jaký je subjektivní obraz jeho osobnosti. Je faktorem, který ovlivňuje jednání a směřování. V tomto smyslu má význam i pro budoucnost: předurčuje, o co se bude dítě snažit, jakou pozici nejspíše získá a jak na ni bude reagovat. Dětské sebepojetí vyplývá ze zkušeností se sebou samým. Tyto zkušenosti jsou zpracovány na aktuální úrovni emoční zralosti a způsobu uvažování. Na počátku školního věku bývá dětské sebehodnocení ještě nepřesné a je ovlivněno aktuálními zážitky (Vágnerová, 2005).

Steinberg a Belsky (in Vágnerová, 2005) tvrdí, že dětské sebepojetí je významným způsobem spoluurčováno názory, postoji a hodnocením jiných lidí, které dítě nekriticky akceptují. Ve školním věku je přijímá jako danost, zejména pokud by šlo o názor nějak

významného člověka (autority, milované bytosti atd.). Přibližně od 7 let začíná být dítě schopné uvažovat o tom, co si o něm ostatní lidé myslí.

Významným prostředkem potvrzení vlastní hodnoty je výkon, v tomto smyslu se stává součástí sebepojetí. Školák je kritičtější než předškolní dítě a záleží mu na tom, aby své úkoly zvládal dobře. Posuzuje své výkony podle určité normy dané vrstevníky nebo autoritami. Postoj autorit se může projevit nejenom ve vztahu k aktuálním, resp. minulým výkonům, ale i očekáváním do budoucnosti. Takové hodnocení významně ovlivní dětskou identitu. Kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví velmi významné. Psychoterapeuticky zaměřeni badatelé poukázali na to, že kořen mnoha psychických obtíží je právě v nejistotě o hodnotě vlastního „já“. Člověk, který si sám sebe realisticky necení – tedy buď se podceňuje a v ničem si nevěří, nebo se nadměrně přeceňuje – má obyčejně problémy i ve styku s druhými lidmi. Škola může v tomto směru rozhodující měrou ovlivnit to, co rodiče dříve podnítili. Pokud jde o vliv rodičů na kladné nebo záporné sebehodnocení, můžeme uvažovat o dvojím mechanismu působení. Předně rodiče dávají dítěti najevo, jak si ho váží nebo jak je podceňují, a tím mu jako v zrcadle ukazují jeho vlastní hodnotu – zrcadlová teorie. Druhý mechanismus je teorie modelu – rodiče jsou také vzorem chování, podle nich dítě modeluje samo sebe; jejich vlastní reálné, příliš nízké či nadnesené sebehodnocení může být základem, podle něhož si dítě vytváří své vlastní sebepojetí a sebehodnocení.

Důležitou informací ovlivňující sebepojetí jsou znalosti o jiných lidech, s nimiž se dítě srovnává. Výsledek takového srovnání je nějakým způsobem charakterizuje, ukazuje na jeho podobnost či rozdílnost. Významnou referenční skupinou je v tomto věku školní třída. Kromě rodičů a dětské skupiny má na vývoj sebehodnocení jistě vliv i učitel. Může sebevědomí žáka vhodně podpořit, ale může v něm také vzbudit pocit méněcennosti, zejména když ho ponižuje před třídou a ironizuje ho. Představa ideálního sebepojetí se vytváří ve středním školním věku (Higgins, 1991, in Vágnerová, 2005). Dítě se pak hodnotí pomocí srovnání s takovým ideálem, resp. normou, kterou mu stanovili dospělí. Vědomí rozdílu vlastního projevu a žádoucí úrovně chování motivuje dítě k úsilí o jeho dosažení, ale může působit i jako stresující faktor.

V tomto věku bývá sebehodnocení kritičtější a proto negativnější. Školáci nejsou v hodnocení sebe sama zdaleka tak optimističtí, jako jsou předškolní děti. V průběhu školního období se rovněž zlepšuje schopnost diferencovat mezi pouhým úsilím a reálnými schopnostmi, resp. výkony, děti lépe chápou jejich vzájemný vztah (Vágnerová, 2005, str. 309).

Podle Vágnerové (2005) osmileté dítě už ví, že zůstane tímž člověkem i v budoucnosti, přestože se jeho vlastnosti změní a změní se i jeho vzhled, postava atd. A desetileté dítě zase již ví, že je v mnoha směrech odlišné od ostatních a má jisté typické znaky a projevy, které ostatní děti nemají.

V tomto věku se také rozvíjí osvojování sociálních rolí. Ve škole poznává dítě roli žáka, ale také roli učitele, učí se novým způsobům chování v roli spolužáka (solidarita a pomoc ostatním). Také v jiných situacích se učí novým rolím. Pro budoucnost dítěte je velmi důležitá jeho sexuální role. Od muže se v naší společnosti očekává jiné chování než od ženy. Dnes se sice rozdíl mezi muži a ženami poněkud stírají větší manifestovaností nezávislosti žen, ale i přesto se očekává určitý stereotyp v chování obou pohlaví. Kolem deseti let se začínají vyvářet přátelství, založené na osobních vlastnostech (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Matějček pokládá, ve svém pojetí středního školního věku (9 – 12 let), za závažné tyto vývojové změny: 1. chlapci i dívky si od dospělých přisvojí specifické chování vůči malým dětem – jak na ně mluvit, držet je, usmívat se atd.; 2. takto utváření rodičovských postojů, které mohou později ovlivnit skutečné rodičovské chování k vlastním dětem; 3. vytváření mužské a ženské identity (uvědomění si příslušnosti k vlastnímu pohlaví a jeho kladné přijetí). Proto se v této době již začínají oddělovat skupinky dívek a skupinky chlapců (pokračuje to jako tzv. izosexuální skupinová fáze). Přes všechny tyto vývojové pokroky je dítě v tomto věku pořád ještě dítětem a nelze od něj očekávat předčasně zralé chování (Matějček, Langmeier, 1986).

1.2 Starší školní věk, pubescence

Marie Vágnerová (2005) věkově člení toto období od 10 do 20 let a dále jej dělí na dvě fáze a to ranou adolescenci (11. – 15. rok) a pozdní adolescenci (přibližně od 15. do 20. roku). Langmeier a Krejčířová (2006) období dospívání zase dělí na období pubescence a to dále na fázi prepuberty (11 – 13 let) a fázi vlastní puberty (13 – 15 let) a období adolescence, které probíhá zhruba od 15 – 20 let. Podobně jako Langmeier a Krejčířová dělí adolescenci i další český autor (Macek, 2003) a to na adolescenci časnou (10 – 13 let), adolescenci střední (14 – 16 let) a adolescenci pozdní (17 – 20 let).

Atkinson a kol. (2003) zase charakterizují adolescenci jako období od 11, 12 – 19, 20 let. Puberta, která je obdobím pohlavního dozrávání přeměňující dítě na biologicky

zralého, dospělého, schopného reprodukce, trvá asi tři až čtyři roky. Je zahájena obdobím velmi rychlého tělesného růstu (adolescenční růstový spurt) spojeným s postupným vývojem orgánů a sekundárních pohlavních znaků. Věk nástupu puberty a rychlost jejího průběhu se značně liší.

V této práci se přikláníme k dělení podle Langmeiera a Krejčířové a zabýváme se obdobím do 15 – ti let věku, i když nepoužíváme striktně pouze jejich označení tohoto časového úseku.

Toto období by se dalo stručně charakterizovat jako období biologického zrání jedince a zároveň probíhá řada významných a nápadných psychických změn, které se mohou charakterizovat jako nástup nových pudových impulsů a jejich následné uspokojení a kontrola nad nimi, zvýšenou emoční nestabilitu a také nástup vyspělého formálního myšlení, rozrůstání slovní zásoby, efektivnější učení a využívání naučených poznatků, selekce v oblasti zájmů a priorit, vývoj motoriky je v tomto období výraznější než v období předcházejícím. Dospívající získávají dovednosti, jež vyžadují sílu, hbitost, ale i jemnou motoriku, koordinaci a rovnováhu.

Pro toto období jsou stále velmi důležité skupiny, party kam patří nebo by chtěl pubescent patřit. Mnohdy se i na protest proti autoritám snaží své předsevzetí nebo příslušnost k jisté skupině dávat najevo odlišnou úpravou zevnějšku, alternativním účesem, piercingy a mnohými dalšími. Také začínají experimenty s první láskou, intimitou a sblížení se s opačným pohlavím a postupným oprošťováním se z „příliš těsné“ rodičovské lásky a kontroly. Langmeier a Krejčířová (2006) popisují toto navazování vztahů k vrstevníkům následovně: 1. Ze začátku puberty převažují skupinky rozdělené dle pohlaví a to poměrně striktně tzv. skupinová izosexuální fáze. I když takové skupiny vznikaly už i dříve nyní získávají stabilitu, diferencují se jednotlivé role ve skupině, s tím spojené práva a povinnosti členů skupiny. Jedinci opačného pohlaví jsou odmítáni i zesměšňováni. 2. Postupem času, ale sílí potřeba se někomu – příteli či přítelkyni – důvěrně svěřovat, sdílet s ním své obavy a tajemství, což v rámci skupiny není dost dobře možné, přichází individuální izosexuální fáze. V námi popisované rané adolescenci také pozvolna dochází k 3. fázi a to k přechodné etapě. Někteří jedinci se už blíže přátelí s opačným pohlavím, třeba i „chodit na rande“ a za to většinou bývají vystaveni posměchu ostatních, ale současně je to i závist, že oni sami nejsou s opačným pohlavím tak daleko. Chlapci a děvčata se v této fázi začnou mezi sebou předvádět, chlubit a koketovat na dálku. Na začátku starší adolescence již začnou projevovat svůj zájem o opačné pohlaví nápadněji.

Zatímco prepubertální dítě chce poznat svět, jaký je, dospívající přemýšlejí spíše o tom, jaký by svět mohl být a jsou schopni uvažovat hypoteticky. Piaget nazval toto období stadiem formálních logických operací.

Dospívání je spojeno s hormonální proměnou, která stimuluje změny v oblasti citového prožívání. Jak je uváděno výše projevuje se větší emocionální nestabilita, citové prožitky bývají spíše krátkodobé a proměnlivé. Dospívající často nejsou schopni vysvětlit si příčinu svých pocitů, často je jejich reakce zaskočí. Jejich sebeovládání v této oblasti je ještě dosti nezralé. Navenek se také mohou projevovat větší impulzivitou. Pro období dospívání je také typická nechuť projevovat svoje city navenek a zvyšuje se tendence k vlastní introspekci, k ulpívání na problému a opakovanému rozebírání negativních zážitků. Emoční egocentrismus je podobný vztahu k myšlenkám, dospívající bývají přesvědčeni, že nikdo jiný nemůže mít tak intenzivní prožitky, věří, že jejich pocity jsou výjimečné. Nejistota a zranitelnost sebeúcty se projevuje jako přecitlivělost na projevy jiných lidí. Vztahovačnost dospívajících je výrazem osobní nejistoty, typické pro zásadnější proměnu vlastní identity, jakou v tomto období prochází.

Období pubescence představuje důležitý biologický mezník, dítě se mění v člověka schopného reprodukce. Doba počátku je limitována geneticky a pravděpodobně se nemůže libovolně posouvat do stále nižšího věku. Tělesné dospívání se projevuje viditelnými i pocíťovanými důsledky (růst postavy, proměna proporcí, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů, sexuální zážitky atd.). Dívky v průměru dospívají dříve než chlapci. U chlapců je ze sociálního hlediska významný především růst a posléze rozvoj svalů. Sekundární pohlavní znaky nejsou na první pohled tak nápadné jako u děvčat. Sekundární pohlavní znaky děvčat jsou nápadnější a bývají dospělými chápány jako signál významnější, tj. kvalitativní změny. Tělesná proměna chlapců se na první pohled jeví jenom jako růst a zesílení, tj. změna kvantity. Rodiče mohou mít strach o děvčata, která už jsou v reprodukčním věku a jsou již fyzicky vyspělé a o jejich předčasnou sexuální aktivitu, případné následky jako těhotenství nebo aby je někdo nezneužil. Od toho se také může odrážet jejich projektivní chování vůči nim, jež spočívá převážně v zákazech činností, které jsou dospívajícími dívkami, tak oblíbené například přespávání u kamarádek, noční vycházky a podobně. K chlapcům obvykle rodiče mají benevolentnější přístup.

Subjektivní význam zevnějšku v době dospívání narůstá. Důležitější úlohu hraje hlavně v druhé fázi adolescence, ale ani v počátcích nezůstává pozadu. Dospívající jsou

zaměstnání proměnou svého těla a také se již začínají zajímat o „módu“ nejsou ochotni si obléct už cokoliv, mají stále větší výhrady a náročnější požadavky. Je pro ně důležité vypadat tak, jak je zrovna žádoucí, oblékat se podle toho, co zrovna frčí, kdežto v pozdější fázi adolescence je to více o individualitě a originalitě. V této fázi dospívání mají pochybnosti o svém vzhledu všichni, ať už jsou vyspělí více, či méně, tráví hodiny před zrcadlem a v dnešní době moderních sdělovacích prostředků typu Facebook, je to velmi dobře patrné, jak náctiletým záleží na patřičné sebe prezentaci.

1.2.1 Teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona

Erik H. Erikson stanovil vývojové stadia zkombinováním psychologického, biologického a sociologického hlediska. Erikson definuje každé životní stadium určitým úkolem, který má člověk ve svém duševním vývoji splnit – tzv. „osm věků člověka“. Stadium je vždy dáno jako období, kdy tělesný i duševní vývoj postoupil natolik, že řešení příslušného vývojového úkolu je možné, a zároveň společnost svým socializačním programem, který má pro každého jedince připravený, tento úkol nastoluje (Říčan, 2006). Uvádíme zde přehled všech osmi období a podrobněji se budeme zabývat jen těmi, které se týkají námi vybraných období dospívání popsaných výše.

1. Základní důvěra proti základní nedůvěře
2. Autonomie proti studu a pochybám
3. Iniciativa proti vině
4. Pocit vlastní snaživosti proti pocitu méněcennosti

Toto období je z hlediska sociálního rozhodující. Vzhledem k tomu, že snaživost znamená dělat věci vedle ostatních a s nimi, dochází v tomto období k prvnímu setkání s dělbou práce a příležitostí diferenciaci, rozvíjí se tedy smysl pro technický étos kultury. Je to období objevování světa vlastních dovedností, různých nástrojů, které pomáhají dosáhnout vytyčeného cíle, školy a povinností z toho vyplývajících.

5. Vlastní identita proti zmatení rolí

V tomto období končí dětství a přichází puberta, začíná mládí. Rostoucí a vyvíjející se mládež, jež čelí fyziologické revoluci v sobě samé a před níž stojí konkrétní úkoly dospělosti, se nyní zabývá hlavně tím, jak vypadá v očích jiných lidí ve srovnání s tím, jak se sama cítí, a otázkou, jak propojit role a dovednosti pěstované dříve s profesními prototypy současnosti. Ve svém hledání nového pocitu

kontinuity a neměnnosti musí adolescentu vybojovat mnohé z bitev předchozích let. Integrace, k níž nyní dochází ve formě ego identity, představuje víc než pouhý součet identifikací dětství. Je to suma nahromaděných zkušeností, jež plynou ze schopnosti ega integrovat veškeré identifikace s kolísáním libida, se schopnostmi rozvinutými díky nadání a s příležitostmi, jež nabízejí sociální role. Pocit ego identity pak tvoří akumulovaná důvěra v to, že vnitřní neměnnost a kontinuita vybudovaná v minulosti bude odpovídat neměnnosti a kontinuitě jedincova významu pro jiné lidi. V tomto stadiu číhá nebezpečí difuznosti. Ovšem ve většině případů vyvede mladé lidi z rovnováhy neschopnost „usadit se“ v profesní identitě. Ve snaze udržet si svou integritu se někdy nadměrně identifikují s hrdiny různých part a skupin, a to do té míry, že úplně ztrácejí svou identitu.

Je to období prvních lásek a zamilování. Mladistvá láska je do značné míry pokusem definovat vlastní identitu projikováním obrazu vlastního difuzního ega do jiné osoby a snahou tento obraz tak reflektovat a postupně zjasnit. Mladí lidé se mohou též vyznačovat výraznou klanovou soudržností a krutostí ve svých snahách vytěšňovat všechny, kteří jsou „jiní“ – ať už se to týká barvy pleti, kultury, nadání atp. Takovou nesnášenlivost je důležité chápat jako obranu proti pocitu difuznosti.

6. Intimita proti izolaci
7. Generativita proti stagnaci
8. Ego integrita proti zoufalství

Když je vývojový úkol splněn, jedinec je připraven postoupit do dalšího stadia. Není-li splněn, nebo je-li splněn nesprávným způsobem, poznamenává to celý další život. Zůstat stát na místě – zaseknout se – však není možné, genetické naprogramování nepočká, společnost také naléhá a vývojové tendence také nelze zastavit. Pak přicházejí na řadu nouzová opatření, různé oklidy na životní cestě, která mohou přinášet utrpení nebo nepřehledné situace (Erikson, 2002).

Oblíbenost Eriksonova členění spočívá v tom, že dokázal formulovat základní vývojové úkoly, podle nichž je možno vymezit stadia života psychologicky, aniž by ztratily ze zřetele biologickou a sociální podmíněnost tohoto vývoje. Jeho stadia „sedí“ psychologicky, biologicky i sociálně. Zároveň jsou to stadia, které se vyskytují v mnoha i zcela odlišných kulturách (Říčan, 2006, str. 45).

1.3 Hybné síly duševního vývoje

Říčan (Říčan, 2006) rozděluje „síly“, které ovlivňují náš duševní vývoj do následujících kategorií.

1.3.1 Biologické hybné síly

Duševní vývoj je do značné míry determinován tělesným vývojem. Nejdůležitější je přitom vývoj mozku. Mozek se vyvíjí nejrychleji – stejně jako celé tělo – v prenatálním stádiu. Po narození se jeho vývoj poměrně zpomalí: dospělý má v poměru k tělu mnohem menší hlavu než novorozenec, a to ještě obličejová část hlavy roste více než mozkovna. Mozek má při narození na sto miliard buněk. Během života některé odumírají, podle nejnovějších výzkumů se mohou také tvořit nové. Struktura mozkových buněk se dále dotváří, mění a zdokonaluje. Probíhá maturace mozku a tím se zvětšují jeho funkční možnosti a roste jeho kapacita pro učení. Na základě toho se může realizovat genetický potenciál. Čím je dítě starší tím více závisí jeho duševní vývoj na učení a vliv maturace oslabuje, tím více je také vidět rozdíl mezi dětmi pocházejícími z různého prostředí. Mozek řídí organismus ve spolupráci s hormonálním systémem. Biologická determinace duševního vývoje spočívá hlavně v tom, že se vyvíjí mozek a celý neurohormonální systém řízení organismu.

Svou úlohu v duševním vývoji hraje samozřejmě i dědičnost. Dědíme geny svých předků, především svých rodičů, s kterými máme nejvíce genů společných – některé vlastnosti se projevují záhy po narození a jiné až v pozdějším věku. Rozlišujeme také dědičné a vrozené: dědičné je to, s čím jsme byli počati, vrozené je to, s čím jsme se narodili. Zděděné vlastnosti je třeba při výchově (učení) nezanedbávat, využívat a usměrňovat ve prospěch daného jedince.

1.3.2 Sociální hybné síly

Duševní vývoj se bez interakce s okolím, sociálním okolím a učení neobejde. Ve vývoji člověka a jeho psychiky hraje prostředí, kterým je společnost, významnou úlohu. Každý z nás žije, pohybuje se a vyvíjí především v interpersonálních vztazích s nejbližšími lidmi – ze začátku matka, rodina, vrstevnická skupina, kolegové v práci atd. Společnost na nás působí na každém kroku, v některých aktivitách více v jiných méně, procházíme společenskými mezníky a společnost má na nás vliv po celý život.

Podstatnou složkou vývoje jedince je socializace – postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace, zprvu v nukleární rodině, dále v malých společenských skupinách, jako je školní třída, zájmový klub, sportovní družstvo, až po zapojení do nejširších, celospolečenských vztahů; součástí socializace je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti (Hartl, 2000).

1.3.3 Osobnost jako hybná síla vývoje

Duševní vývoj je determinován biologicky i prostředím, ale také námi samotnými. Můžeme na sobě v mnoha směrech pracovat a popostrčit nebo naopak zabrzdit různé vývojové tendence. Máme na výběr, jestli danou věc uděláme nebo ne, jestli se budeme dále vzdělávat, jestli chceme dále překračovat a posouvat své hranice. Vývoj osobnosti bývá – a má být - i výsledkem cílevědomé aktivity. Člověk dokáže sám sebe měnit podle ideálu, který přijme, podle cíle, který si stanoví. Každý člověk je – v určité míře – tvůrcem sebe samého. Samozřejmě jsou zde meze, které klade biologie, životní události a tragédie, které nás potkají a formují tak náš charakter, naše osobnostní rysy a které jsou v podstatě neovlivnitelné (Říčan, 2006).

Pro vlastnosti psychické zavádíme zvláštní termín – rys, který tedy znamená totéž co psychická vlastnost (Říčan, 2007, str.39). Osobnost je člověk jako psychologický celek a tento celek má svou zákonitou architekturu (strukturu, skladbu, stavbu).

Osobnost je systém psychických procesů, stavů a vlastností, které jednak vznikají socializací (působením výchovy a prostředí), jednak přetvářením vrozených vnitřních podmínek organismu, a které řídí činnosti a vztahy jedince ke skutečnosti. V socializaci spatřujeme hlavní zdroj vzniku osobnosti. Bez utváření osobnosti sociálními vztahy by byl lidský jedinec jen biologickou individualitou podmíněnou konstitucí a temperamentem (Švancara, J. a kol., 1980).

Rysy osobnosti nejsou ničím jiným než „návyky“ (habit systems), získané zkušenostmi v rodině, kvalifikací v povolání a obecně podněty kultury, do níž jedinec patří.

V užším smyslu se rysy definují jako tendence reagovat v určitých situacích určitým ustáleným způsobem. Jsou spíše adaptivními a instrumentálními charakteristikami osobnosti, které determinují způsoby chování, než cíle chování. Někteří psychologové

rozlišují dvě skupiny rysů: temperamentové rysy (např. vznětlivost) a vztahové rysy charakteru (např. sebedůvěra, submisivnost – panovačnost, odpovědnost, tolerance aj.).

Zcela jasné vymezení rysů podává S. L. Rubinštejn (1961, in Smékal) (str.50): „Psychické rysy jsou velmi těsně spojeny s psychickou činností. ...Rys je způsobnost individua zákonitě odpovídat na určité objektivní podněty určitými psychickými činnostmi. Utváření psychických činností a odpovídajících rysů jsou dvě podoby v podstatě jediného procesu. Psychické rysy, které neurofyziologicky vystupují jako soustava nervových spojení, existují takto ve formě zákonitě se objevující psychické činnosti. K fixaci psychické činnosti ve formě rysu dochází na základě generalizace podmínek činnosti a stereotypizace činnosti.“

1.4 Psychické potřeby

Langmeier s Matějčkem (Langmeier, Matějček, 1974) dělí psychické potřeby do pěti kategorií: potřeba náležité stimulace, potřeba smysluplnosti světa (určitý řád v přijímaných podnětech), potřeba životní jistoty, potřeba pozitivní identity a potřeba otevřené budoucnosti.

- I. Každý organismus má tendenci k aktivnímu kontaktu se světem. Projevuje se v úsilí o navázání, udržení a rozšíření interakce s prostředím – v potřebě určité úrovně celkové vnější stimulace. Určitá míra stimulace je základní psychickou potřebou člověka ve všech věkových kategoriích, ať už se jedná o dítě či dospělého. Určitá hladina stimulace je dítětem vyhledávána od nejtělejšího věku. Je logické, že smysluplná interakce nemůže vzniknout s okolím, které neposkytuje podněty v dostatečném množství, na patřičné úrovni složitosti či proměnlivosti. Nedostatek podnětů i jejich nadbytek (přílišná jednoduchost a přílišná složitost, přílišná stálost i přílišná proměnlivost, příliš rigidní rytmicita i její naprostý nedostatek apod.) jsou subjektivně nepříjemné a vyvolávají reakce odvrácení a nezájmu, anebo snahu po obnovení optimální podnětové úrovně.
- II. Poměrně brzy se dítě snaží najít smysl v rozdílném uspořádání podnětů, odkrýt jejich funkční hodnotu, směr a význam jejich změn. Potřeba učit se, získávat zkušenosti, hledat pravidelnosti a nalézat řešení problémů se dá vypořádat již u velmi malých dětí. Nejvýrazněji se tato touha manifestuje v nekonečných otázkách „proč“ kolem tří let věku a také u malého školáka ve

zvědavých otázkách, kdy se už nenechají odbýt jednoduchou odpovědí. Svět nesmí být pro dítě nesrozumitelným chaosem, kde nelze objevit žádný význam.

III. Dítě potřebuje mít svou „životní jistotu“ – potřebuje specifický sociální objekt, který je tady jen pro něj a k němuž se váže specifickým, těsným a stabilním poutem. Zpočátku je tímto objektem zpravidla matka, později se přidávají jiné významné objekty sociálního zájmu – otec, širší rodina, skupina vrstevníků atd. Přítomnost matky dítě podněcuje i k dalším aktivitám – zvyšuje jeho čilost, podněcuje jeho výkony a učení. Máš-li se tato tendence dítěte uplatnit a rozvinout, musí dítě ve svém prostředí najít „objekt“ svého specifického zájmu: objekt dostatečně stabilní a dosti dlouho přítomný, s afektivně vřelým vztahem. Svět matky se musí stát i světem dítěte a naopak.

IV. Potřeba osobně-sociálního významu přisuzovaného „já“ – tj. v potřebě nezávislosti, sebenaplnění a zajištění osobní integrity. Poznání dítěte, že může vykonávat samostatně a nezávisle řadu činností, které vycházejí z jeho „já“ v protikladu k okolí, dává vznik potřebě autonomního jednání. Dítě bylo do této doby úzce závislé na interakci s matkou, nyní se snaží najít svůj osobní vztah ke světu a odmítá příliš mnoho zasahování do své autonomní oblasti. Odmítá nabízenou pomoc při oblékání a svlékání, při jídle a mytí doprovázenou frází „já sám“.

V. Potřeba sdílet s někým společnou otevřenou budoucnost, vytvářet a následně i realizovat společné plány. Tuto potřebu pomáhá vytvářet především rodinné prostředí.

2. Depresivita u dětí

2.1 Pojem deprese a historie

Poruchy nálady, z nichž nejběžnější je deprese, jsou popisovány již 2500 let. Hipokrates (460-357 před našim letopočtem) popsal melancholii jako „stav odmítání jídla, malomyslnosti, nespavosti, dráždivosti a neklidu“. Podle Galéna (131-201 našeho letopočtu) se melancholie projevovala „strachem, skleslou náladou, nespokojeností se životem a nenávisť vůči všem lidem“. O několik set let později Aurelianus ve svých spisech zdůraznil možnost sebevraždy a výskytu psychotických příznaků při depresi. Prvním anglicky psaným textem, zabývajícím se depresí, byl spis Roberta Burtona „Anatomy of Melancholy“, publikovaný v roce 1621. Kraepelin (1856-1926) jako základní příznaky deprese viděl skleslou náladu a zpomalení tělesných i duševních pochodů. Razil také pojem „involuční melancholie“ u nemocných ve věku 40-65 let. Během dvacátého století se koncepce deprese dále vyvíjela v pracích Leonharda, Angsta, Winokura a dalších. Depresivní epizoda (velká deprese, melancholie, endogenní deprese) byla odlišena od deprese reaktivní. Pojem deprese se nyní označuje široká řada afektivních stavů od nadměrného smutku vyplývajícího z nepříznivé životní situace pacienta až po nejtěžší případy spojené s halucinacemi, bludy a stuporem. Dřívější dělení deprese na endogenní (psychotickou, způsobenou biologickými příčinami) a reaktivní (neurotickou, psychologicky vysvětlitelnou) již ztratilo na významu, předpokládá se spíše kontinuum přechodu od jednoho stavu k druhému (Hosák, 2005).

Deprese (z lat. deprimō stlačovat, potopit) neboli sklíčenost se pohybuje v rozmezí od zdravého smutku k smutku chorobnému, který není jen intenzivním smutkem, nýbrž „stavem neschopnosti city, zvláště pak smutek či agresi, prožívat“. Nejspíše je ještě prožívána úzkost, a tak lze u některých pacientů depresi chápat jako zoufalý pokus z posledních sil přinutit okolí, aby poskytlo lásku, ochranu, jistotu i odpuštění za tento vlastně násilný čin (Poněšický, 1999). „Deprese je onemocnění schopnosti štěstí, onemocnění životní motivace“ (Vondráček, 1981).

Kazuistiky dospívajících popisující symptomy podobné depresivním poruchám v dospělosti již v 17. století. Přesto rané teorie deprese nebraly v potaz odůvodněnost onemocnění u dospívajících, naznačovaly, že nejsou přítomny nezbytné psychické zákonitosti pro výskyt deprese nebo že deprese je „maskována“ ve formě jiných nemocí.

Především se tehdy domnívali, že děti nemají zatím zcela vyvinuto superego. V roce 1975 svolal Mezinárodní institut duševního zdraví shromáždění, aby se prodiskutoval výskyt a diagnostické kritéria deprese u dětí. Začala být existence deprese u dětí akceptována a zavedly se základní diagnostické kritéria. Navzdory rychle se rozvíjícímu výzkumu v této oblasti, některé překážky zůstaly s ohledem na aktuální znalosti o adolescentní depresi. Prvotní „storm and stress“ teorie o dospívání označovaly velkou část projevů souvisejících s depresí, jako sklíčenost, vznětlivá nálada, pochybování o sobě, sociální stažení, jako normální projevy adolescentního prožívání. Nyní už je nezpochybnitelné, bohužel, že mnoho dospívajících neprochází jen emocionálními výkyvy a deprese dětí a dospívajících je opravdové onemocnění, často ohlašující chronické nebo opakující se problémy do dospělosti (Rao, Chen, 2009).

Všeobecné mínění dospělých je: „Děti jsou šťastné, hrají si, nemají naše starosti, pracovní zatížení.“ Tato naivní představa šťastného a radostného dětství je dávno vyvráceným předsudkem stejně jako představa, že děti jsou často nemocné, ale jen tělesně a velice zřídka duševně. Přesto odborníkům trvalo dlouho, než se podařilo popis deprese v dětském věku zařadit do učebnic psychiatrie a posléze do MKN-10.

Deprese v dětství se vyskytuje poměrně často, je však mnohem častěji spojována s poruchami chování, agresivitou a s různými somatickými stesky než se symptomy depresivní poruchy u dospělých. Přesto mají depresivní děti a adolescenti podobné příznaky jako dospělí: nedokážou se radovat, mají nízké sebehodnocení, trpí pocity viny, mají chvílemi smutnou, zoufalou náladu (s myšlenkami na smrt), jsou podráždění, osamocení, sociálně izolovaní, někdy agresivní, neklidní až hyperaktivní, jindy unavení, tiší, pomalí s mnoha somatickými nebo vegetativními příznaky (Hort a kol., 2008).

deprese dětská (infantile depression) deprese vznikající v dětském věku; odhaduje se, že jí v různých zemích trpí od 2 do 8 % dětské populace, u nás 2 až 3 %; protože na popsání nejistoty, osamělosti, neúspěšnosti a žalu chybí dětem abstraktní slovník, častý je nevědomý útěk do somatických potíží, k dalším projevům patří odmítání jídla, nezájem o hračky, zlost, apatie, školní neprospěch; pro diagnostické účely existuje seznam příznaků dětské deprese: smutná nálada, neschopnost prožít radost, pocit nemilovanosti, častý pláč, pohybový útlum, ztráta zájmů, zhoršená soustředěnost, nechůť k jídlu, pocity prázdnoty, pocity beznaděje, sebeodcizení, tíživé myšlenky, myšlenky na sebevraždu; přítomnost čtyř příznaků naznačuje depresi (Hartl, 2000).

2.2 Epidemiologie

Dětská a adolescentní deprese jsou heterogenní skupinou poruch a jejich variace přecházejí od lehkých k těžkým, a naopak, jak u jedince, tak ve výskytu rodinné patologie. Přibližně 3 % bipolární afektivní poruchy má první ataku před 15. rokem věku (většinou však až po 9. roku věku). Prevalence depresivní poruchy je 0,4-2,5 % u dětí do 10 let, 0,4-8,3 % u dětí 10 – 18 let a 15-20 % u dospělých.

Deprese se vyskytují u 1-8 % dětí a adolescentů. Riziko suicidia u depresivních nezletilých je až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci. U dětí školního věku má suicidium často „nálepku“ smrt při nehodě. U 14-16letých nezletilých depresivních adolescentů je poměr výskytu depresivní epizody u chlapců k dívkám 1:5, později 2:5. Prevalence pro depresivní poruchu je jak u chlapců, tak u dívek 4 %, pro dystymii 5 %. Prevalence deprese u adolescentů v psychiatrické péči je 18-27 %, tzn. až sedmkrát vyšší než v běžné populaci (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008).

Například Jacobs a kol. (2008) konstatuje, že dospívání je velmi zranitelné období a k tomu uvádí, že celých 75 % dospělých s maniodepresivní poruchou mělo svou první depresivní epizodu během dětství nebo dospívání.

2.3 Etiologie

Podstatou onemocnění je dědičná dispozice nebo vulnerabilita vedoucí ke změnám funkce CNS, psychickým, vegetativním a endokrinním poruchám. Afektivní poruchy vznikají interakcí genetických a zevních faktorů, na kterých se podílejí exhausce, kumulace negativních životních událostí, psychická traumata, rodinná patologie, temperamentové charakteristiky, roční období a jiné. U depresí s časným začátkem hrají velkou roli jak genetické a biologické faktory, tak faktory psychosociální, včetně stresujících životních událostí. Mezi rizikové faktory pro vznik afektivní poruchy patří rodičovská psychopatologie, rodinné konfliktní prostředí, nedostatečné sociální dovednosti a způsoby zvládání stresu, chudé nebo žádné přátelské, vrstevnické vztahy. Všechny tyto rizikové faktory jsou nespecifickými koreláty psychopatologie v dětství. U vulnerabilních jedinců s určitou zátěží však mohou být jedním z vyvolávajících momentů (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008).

Solantaus (2010) například uvádí, že deprese rodičů má značné následky na rodinný život a na normální sociální začlenění a mentální zdraví v dětství a ve starším věku. Záleží zcela na rodině, jak deprese změní jejich způsoby a emocionální prožívání. Nejistota, stažení se a trápení začíná charakterizovat rodinné vztahy a negativní rodinné interakce naznačují spojitost mezi psychickými problémy rodičů a jejich dětí.

2.3.1 Teoretické modely vzniku deprese

K pochopení a vysvětlení deprese byly vytvořeny teoretické modely. Všechny jsou platné a každý z nich klade větší důraz na jednu nebo druhou stránku komplexního děje nazývaného depresivní reakce.

1. Analytický model – vysvětluje depresi jako ztrátu milovaného objektu. U malých dětí jde o časnou separaci od rodičů. Roku 1964 popisuje Spitz syndrom tzv. anaklitické deprese, která se rozvíjí u šestiměsíčního a staršího dítěte, když je odloučeno od matky. Zvláště citlivý na separaci je kojeneček ve věku osmi až devíti měsíců, kdy separační anxieta vrcholí. Po zvládnutí tohoto období je batole již schopné krátkodobého odloučení bez symptomů výrazné úzkosti. V prvním roce života se v interpersonálních vztazích vytváří pocit jistoty a bezpečí. Jistota a bezpečí dává možnost percipovat lidi a okolní svět jako dobrý, neohrožující. Dojde-li k separaci od osoby zajišťující pocit bezpečí, odřízne se citová saturace u vulnerabilních, disponovaných kojenců se vyvine anaklitická deprese. Změní se reaktivita a z usměvavého, aktivního kojence se stane plačtivé, apatické dítě, které reaguje odmítáním potravy, pohybu, komunikace a v posledním stadiu (tzv. coma vigile) leží s otevřenými očima a odpovídá pouze na silné, bolestivé podněty. Tento stav může být ireverzibilní a dítě umírá většinou na respirační infekci. Existuje-li péče náhradních blízkých osob, není depresivní reakce (objevující se za jeden měsíc po separaci) tak hluboká. Objeví se pouze apatie a neprospívání, jde vlastně o nediferencovanou reakci psychosomatického typu. Trauma bývá zvládnuto, i když někdy přetrvává v podobě opožděného vývoje řeči tři až čtyři roky po negativní životní události.
2. Behaviorální model – je teorií nedostatku pozitivního zpevnování. Hlavní roli hraje podpora versus odmítání v psychosociálním kontextu.
3. Model naučené bezmocnosti – upozorňuje na nedostatek vzájemného vztahu mezi chováním a jeho důležitými důsledky (mezi pozitivními a negativními událostmi).

Podle Seligmana jde o deficit na všech úrovních vývoje a socializace (kognitivní, emoční, behaviorální, motivační, sociální a spirituální).

4. Kognitivní model – vysvětluje depresi jako strategii negace, negativní pohled na sebe, na svět a na budoucnost (Beckova triáda). Jde o otázky negativních automatických myšlenek a dysfunkčních schémat (jako jsou např. kognitivní omyly; negativní úsudky a hodnocení; generalizace negace; zkreslený výběr jen negativních faktorů pod vlivem emocí, vztahovačnosti a pocitů viny; bagatelizace úspěchu a odmítání pozitivního; černobílé myšlení).
5. Stresový model – vidí etiologii deprese v kumulaci mnoha negativních životních událostí. Tato teorie je nosná speciálně u dětí a mladistvých, kde kumulace ztrát (rozvod, úmrtí), konflikty v rodině, nepřiměřené fyzické trestání, sexuální zneužívání, deprivace i subdeprivace předcházejí rozvoji deprese.
6. Sociologický model – je podobný stresovému, klade důraz na nedostatek sociální podpory a sociálního ocenění, nemožnost zastávat role, na které dotyčný aspiruje a které chce. Dostavuje se pocit sociálního selhání, neúspěšnost a ztroskotání.
7. Genetický model – vysvětluje vznik deprese specifickou vulnerabilitou, která je dána genetickými faktory, temperamentovými charakteristikami a zevními podmínkami, včetně nevhodného sociálního zázemí. U monozygotních dvojčat se deprese vyskytuje v 76 %, u dizygotních v 19 %. Periodická depresivní porucha a těžká depresivní fáze (epizoda) s časným začátkem u rodičů je spojena s vyšším výskytem deprese u potomků až v 52 % proti 12 % u kontrolních subjektů. Tyto děti jsou také rizikovou skupinou pro vznik tzv. externalizovaných poruch (poruchy chování, hyperkinetické poruchy a zneužívání návykových látek).
Adoptivní děti biologicky depresivních rodičů mají vyšší výskyt depresivních poruch. Děti agresivní, anxiózní a depresivní mají častěji depresivní matky.
8. Biochemický model – je dosud nerozřešen a zůstává otázkou výzkumu. Snaží se o definici psychosyndromů a určitých funkčních mozkových celků definovaných specifickým neurotransmiterem. U afektivních poruch jsou přítomny změny v systému katecholaminovém a serotoninovém. Výskyt deprese u dětí se zvyšuje věkem a souvisí s hormonálními změnami. U depresivních dospělých, ale i dětí, je přítomna zvýšená sekrece kortizolu. Celkem 84 % depresivních prepubertálních dětí má sníženou sekreci růstového hormonu v odpovědi na hypoglykémii vyvolanou inzulinem. Jde o neuroregulační abnormality v oblasti limbicko-hypotalamické, které mohou být odrazem predispozice k opakovaným epizodám.

Syndrom nízké hladiny melatoninu má vztah k noradrenergní hypoaktivitě u depresí. Depresivní děti vylučují signifikantně méně katecholaminů (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008).

Deprese, již často předchází úzkost, znamená kolaps určité intrapsychické a zároveň i interpersonální rovnováhy u jakékoli osobnostní struktury, čímž se odlišuje i její kvalita a prožívání. Svým způsobem jde vždy o specifickou, depresivní reakci na ztrátu – jak něčeho uvnitř sebe, co si člověk zvláště cení, či ke své duševní rovnováze potřebuje, např. sebeúcty, sebeovládání apod., tak i něčeho mimo sebe, co tyto potřeby a přání uspokojuje. U depresivních onemocnění se často jedná o pacienty s tzv. depresivní osobnostní strukturou, jež je charakterizována víceméně vědomou či nevědomou úzkostí ze ztráty lásky a ochrany jak zevnitř, na základě nízkého sebeocení a přísného svědomí, tak i z odmítnutí ostatními. Na druhé straně je silná potřeba harmonie, bezkonfliktních vztahů, přijímání ostatními, pocitu být jen dobrý, nikomu neublížit, vyhnout se konfliktu i za cenu vlastní krivdy. S tím souvisí i výrazná tendence se přizpůsobit, jakož i pasivita, neboť jakákoliv aktivita vůči druhému, vyjádření přání či nevole, by mohla vést ke konfliktu zájmů (Poněšický, 1999).

Baštecký, Šavlík, Šimek a kol (1993) uvádějí teorii o tzv. depresivní osobnosti (D-personality). Podle autorů je depresivní osobnost formována v dětství v charakteristické rodině, která je sociálně izolována, od dítěte vyžaduje, aby vykompenzovalo nedostatek její sociální prestiže, neumožňuje uvnitř dostatečně otevřeně projevit vzájemnost vztahů a dává najevo nedostatek pozornosti k potřebám druhých. U takto disponované osobnosti pak nepříznivé sociální situace uvádějí do pohybu depresivní proces.

Mohapl (1992, str. 61) k tomuto tématu uvádí: lidé, kteří mají náklonnost prožívat více ztrát než druzí, bývají označováni jako „depresivní osobnost“; velmi často totiž hodnotí události, které ostatní lidé považují za indiferentní, jako traumatizující nebo ztrátovou. Navíc se depresivní osobnost vyznačuje poruchou sebehodnocení, rigidním vzorcem chování a redukováným potenciálem strategií k zvládnutí zátěžových situací. Jedinci, kteří prodělali těžké trauma v době útlého dětství, kdy nebyli schopni události čelit, se objevuje častěji vnější místo kontroly v dospělosti. Osoby s vnitřním místem kontroly se jeví jako více připravené na potencionální averzní zkušenosti.

2.4 Sociální důsledky dětské deprese

Až u 80 % depresivních školních dětí a adolescentů nacházíme poruchu sebehodnocení, sociální staženosti („outsider“ nebo ten, o kterém se „ani neví“), poruchy koncentrace pozornosti, nedostatek radosti, neschopnosti rozhodovat se a prudké, rychlé změny nálady. Přesto tyto symptomy stejně jako somaticko-vegetativní stížnosti s únavou (v 50 %) a pocity viny (v 60 %) nemají prognostickou hodnotu, pouze určují tíži momentální depresivní poruchy. Mnoho depresivních dětí anticipuje zvýšeně agresivní chování od druhých proti sobě. Na druhé straně jsou však vůči agresi nepřiměřeně pasivní. Jednou ze základních potřeb dítěte je ocenění jako výraz zpětné vazby smysluplného života. Depresivním dětem se ho nedostává. Zvláště depresivní rodiče jsou ke svým dětem hyperkritičtí, zvýšeně hostilní s nedostatkem jakékoli pochvaly. Depresivní děti jsou také hůře oceňováni ve škole jak od učitelů, tak vrstevníků a jejich špatné výsledky neodpovídají jejich intelektu. Tam, kde je deprese spojena s výraznou anxietou, podílí se spíše na jiné symptomatice, jako jsou poruchy chování, hyperkinetická porucha nebo poruchy chování a emocí.

Depresivní děti a adolescenti s komorbidními poruchami mají více disociálních projevů a dopouštějí se více kriminálních činů. Depresivní syndrom v dětství a adolescenci je závažným rizikovým faktorem neschopnosti dobré sociální adaptace v dospělosti. Největším rizikem jakékoli deprese je možnost sebevraždy.

2.5 Klinické příznaky dětské deprese

U depresivní poruchy nejen v adolescenci, ale již u školních dětí nacházíme až ve 40 % poruchy myšlení a vnímání. Halucinace, převážně sluchové (často imperativní), se vyskytují asi u třetiny depresivních dětí. Bludy u dětí se týkají změn identity (dětí se mění v jiné osoby, zvířata nebo objekty), ale častěji než bludy bývá přítomna paranoidní percepce – spíše jen náznakově („je zde moc lidí, dívají se na mne, mohou se mi smát...“). Na rozdíl od dospělých přítomnost poruch myšlení a vnímání u dětí nekoreluje s tíží deprese. U adolescentů nalézáme bludy náboženské a paranoidní. Někteří popisují výskyt těchto poruch myšlení až v 88 %. Více než 50 % adolescentů s diagnózou schizofrenie má první symptomy odpovídající bipolární afektivní poruše.

V této věkové skupině je velice složitá diferenciální diagnóza mezi depresivní epizodou, periodickou depresivní poruchou a dystimií. Z forezního hlediska mladistvý není při diagnóze těžké depresivní fáze schopen právně jednat a není za své činy odpovědný. Afektivní poruchy u dětí a adolescentů v každém případě vedou k poruše kvality života a vývoje a vyžadují farmakologickou intervenci.

Depresivní syndrom – deprese – má jak u dětí, tak u adolescentů a dospělých symptomy z oblasti kognitivní, emoční, afektivní, motorické, somatické a sociální. Základní symptomy jsou shodné ve všech věkových obdobích, avšak objevují se v různé míře a podobě odpovídající vývojové úrovni depresivního jedince (Hort, Hrdlička, Kocourková, 2008).

Vývojově bývají popisovány tři nejčastější typy deprese:

1. Počátek obtíží je pozorován někdy mezi 18. Měsícem a 3 lety, zprvu je dítě dráždivé, má značné výkyvy nálad, objevují se období nápadné dysforie a fluktuující hyperaktivita. Později se začíná porucha manifestovat samostatnými depresivními epizodami.
2. Dítě je zřejmě již prenatálně hyperaktivní, v kojeneckém věku pak silně dráždivé; později se rozvíjí obraz velké deprese s typickým cyklickým průběhem.
3. Pozdní počátek velké deprese bez předchozí lability nebo depresivních symptomů.

Prognóza úzdravy z akutní epizody deprese je příznivá a většina epizod odezní do dvou let, ale riziko opakování je značné. Chronický průběh je tím pravděpodobnější, čím bylo dítě v době první ataky mladší (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, str. 611).

deprese mladších školáků

- somatické stížnosti (břicho, hlava) se transformují v anxieta a fobie
- u třetiny z nich sluchové halucinace (imperativní)
- náznak paranoidní percepce
- halucinace nekorelují s tíží deprese

deprese starších školáků

- nárůst sluchových halucinací
- nárůst anxiety a fobií
- výskyt bludů (často paranoidních)

2.5.1 Prognosticky nepříznivé faktory

Stejně jako u jiných psychických poruch i u deprese je snazší určit prognosticky nepříznivé faktory než najít faktory protektivní, prognosticky příznivé.

Jako prognosticky nepříznivé symptomy jsou uváděny:

- inhibice učení, zvědavosti, kreativity, kognitivní zhoršení;
- vnitřní neklid;
- dysforie – „rýpavost“;
- mutismus;
- pocity smutku bez otevřené budoucnosti
- suicidální pokusy.

Riziko suicidia je proti běžné populaci mnohonásobně zvýšené - asi dvacetkrát (Hort a kol., 2008, str. 194).

Svoboda a kol. (2001) uvádí, že řada empirických studií ukazuje, že výskyt deprese je i u menších dětí poměrně častý a velmi často pokračuje opakovanými atakami až do dospělosti, prognóza velké deprese je v případě časnějšího počátku spíše horší než později. Dále uvádí, že i u jedinců, kde sice depresivní porucha nepokračuje do dospělosti, je obvykle možno pozorovat celkově horší fungování a častější vyhledávání lékařské péče, ať už psychiatrické či obecné, dále je častější také zneužívání alkoholu a drog i problémového chování.

2.5.2 Depresivní syndrom u mladších školáků

Hlavní důraz je kladen na poruchu interpersonální komunikace, jak s vrstevníky, tak s dospělými. V tomto věku jsou psychosomatické příznaky nejčastější a střídání agrese a útlumu nejtypičtější. Emoční labilita je spojena se sociální maladaptací. Neschopnost soustředit se vede k odporu k učení. Děti jsou podrážděné, unavené. Někdy i u adolescentů

a dospělých jsou nejvýraznějšími symptomy napětí, starosti a směs proměnlivých somatických příznaků se stálou bolestí a únavou. Tyto stavy jsou diagnostikovány jako „maskované“, „larvované“ deprese.

Symptomy z oblasti:

1. kognitivní – odpor k učení, nesoustředivost;
2. emoční – labilita, nejistota;
3. afektivní – podrážděnost, záchvaty pláče a křiku;
4. motorické – útlum střídání agitovaností, hyperaktivitou;
5. somatické – enkopréza, enuréza, onychofagie (chorobné okusování nehtů, neurotický symptom), pavor nocturnus, manipulace s genitáliemi;
6. sociální – od dychtění po objektech (a subjektech) a nezájem o ně, jakmile je získají, sociální maladaptace.

2.5.3 Depresivní syndrom u starších školáků

Depresivní syndrom starších školáků je charakterizován zvláštním smutkem, neschopností mít úspěch, uchopit šanci. Z toho pramení perforační anxiety – anxiety ze zkoušení, z předvedení výkonu, ze zadaných úkolů. Mezi základní příznaky patří somatizace a zlobení bez konkrétního důvodu. Střídá se pasivita a inhibice motorická, herní i intelektová s agitovaností, agresivitou až disociální aktivitou. Regrese ve vývoji. Sklíčenost, pocity viny, poruchy sebehodnocení a suicidální tendence začínají odpovídat depresivnímu syndromu dospělých.

Symptomy z oblasti:

1. kognitivní – nesoustředivost, snížená výkonnost, zvýšená hloubavost s nevýpravností;
2. emoční – perforační anxiety, sklíčenost, nejistota;
3. afektivní – kolísání nálad, poruchy sebehodnocení, suicidální úvahy;
4. motorické – snížení dynamogenie nebo agitovanost;
5. somatické – bolesti hlavy (více dívky), zažívací potíže, avšak se zvýšením hmotnosti (více chlapci);
6. sociální – izolaci (bez kamarádů), outsider, neoblíbenost s pocity, že ho nikdo nechápe (Hort a kol., 2008, str. 197).

Conley a Rudolph (2009) ve svém článku uvádí, že mnohočetné změny, které s sebou nese dospívání, jsou pro rozvoj deprese rizikovější než změny v jiných obdobích života dětí. Dospívání samozřejmě přináší mnohé hormonální změny spojené s negativní náladou a depresí. Tak jak hormony rozdílně působí na chlapce a děvčata, tak jsou velmi rozdílné psychické a sociální účinky puberty a tyto rozdíly mezi pohlavími mohou hrát důležitou roli v objevujících se rozdílech pohlaví i v depresi u starších adolescentů.

Rice, Bree a Thapar (2004) navrhují, že děti by mohly být spíše biologicky vybaveny mít zkušenost s úzkostí než s depresí. Výsledky dalších studií jejich tvrzení podporují. Uvádějí, že „typicky depresivní děti“, u kterých se vyskytovala i úzkostná porucha byla nalezena úzkostná porucha dříve než deprese a to u dvou ze třech případů.

2.6 Diagnostika dětské deprese

Diagnostika deprese u dětí může být obtížná, protože klinický obraz je variabilní, porucha nálady se často neprojevuje smutkem či plačtivostí, ale buď dráždivostí a vzdorovitostí (resonantní ladění), nebo apatií a nezájmem („nic ho nebaví, nezajímá, všechno je mu jedno“). Ostatní symptomy (poruchy pánku, jídla atd.) jsou zcela nespecifické. Důležité je především pozorování hry a neverbálních projevů dítěte a využití projektivních technik, v nichž se můžou projevit témata nedostatečné péče, zanedbání, studu, viny, kritiky, bolesti a smrti, eventuálně i suicidální myšlenky dítěte. Úroveň výkonu je obvykle snížena, chybí radost ze hry a tvůrčí činnosti. V kresbě je pro diagnostiku významnější obsahová stránka, po formální stránce bývají kresby depresivních dětí malé, padající dolů a bývají častěji umístěné na ploše papíru nalevo dole, tyto znaky však nejsou jednoznačně spolehlivé. Důležitá jsou dále sdělení rodičů a školy, jejich shoda je však většinou slabá a depresivní projevy dítěte zůstávají často dospělými nepovšimnuty, spolehlivější je hodnocení vrstevníků (Říčan, Krejčířová, 2006).

Odlišení „neurotické“ deprese od deprese „psychotické“ je v dnešních diagnostických systémech postupně opouštěno. Určité rozlišení je ovšem stále užitečné a řídí se hloubkou emoční poruchy a přítomností somatických a „psychotických“ příznaků. Pro rozlišení je však významné zejména posouzení míry negativních vnějších vlivů či životních událostí, které precipitovaly rozvoj poruchy. Reaktivní deprese nemívá tak velkou změnu psychomotorického tempa a takovou hloubku somatických příznaků jako deprese „endogenní“, bývá naopak více spojena s úzkostí a sebelítostí. V případě psychotické deprese mohou už u školních dětí být přítomny halucinace (převážně sluchové

– hlasy), bludy jsou v prepubertě extrémně vzácné a častěji bývají zachyceny až v období dospívání.

Diagnostika emočních poruch u dětí je obtížnější než diagnostika stejných poruch u dospělých, protože klinický obraz je obvykle u dětí méně vyhraněný, řada symptomů je společných pro různé psychické poruchy a podstatně větší je i komorbidita s dalšími psychickými poruchami. Děti jsou obvykle přiváděny na žádost rodičů nebo školy – nerozumí chování dítěte a jsou jím znepokojeni, vnitřní pocity dítěte jim mnohdy unikají (nejspíš také proto, že děti o svých pocitech nedokáží nebo nechtějí mluvit).

Spolehlivější údaje o dítěti lze získat spíše od vrstevníků než od rodičů. Výpovědi kamarádů se lépe shodují i se sebeposouzením dítěte samotného – přece jen postřehnou případnou změnu v chování, při společných hrách lépe. Rodiče uvádějí více problémového chování u dítěte a dítě samotné naopak i v normě více symptomů v oblasti prožívání – smutná nálada, chybění radosti, únava, nespavost atd.

Dotazníkové metody a sebeposuzovací škály lze použít až u dětí školního věku. Ve všech věkových kategoriích je ale prakticky vždy nezbytné použití projektivních technik. Obecně jsou v produkci depresivních dětí přítomná témata selhání, znehodnocení, izolace, různé katastrofy, smrt, nemoc apod. V kresbách obvykle chybějí barvy (nebo jsou užívány jen velmi málo) světlé a jasné a jsou spíše užívány barvy tmavé. Chybí pohyb, obsahově bývají kresby spíše chudé, často chybí živé bytosti – lidé i zvířata (vyjádření pocitů prázdnoty a vnitřního světa). Obrázky bývají menší, tahy nejisté, jen zlehka naznačené.

Chudší produkce a chybění živosti a sociálních témat je kromě kresby typickým rysem i v dalších projektivních metodách. V TAT a jeho variantách bývá častější negativní vyznívání vytvářených příběhů (pozitivní zakončení však možnost deprese ještě jednoznačně nevylučuje). V ROR je i u dětí obvyklý snížený počet odpovědí a zvýšený výskyt odpovědí defektních.

Rodičů i dítěte samotného se ptáme na jeho obvyklou náladu a na změny nálad. V případě potvrzovaných výkyvů mají být zhodnoceny i eventuální současné změny v chování, chuti k jídlu, spánkovém režimu atd. Důležitá je i informace, zda se u dítěte již někdy dříve podobné emoční změny projevovaly.

Intelektový vývoj dětí s emočními poruchami, pokud nejde o kombinaci s poruchami učení, se celkově neliší od běžné populace, nacházeny bývají jen některé

drobnější neuropsychické dysfunkce – zejména poruchy pozornosti a zpomalení psychomotorického tempa. Procento drobných neurologických nálezů je ovšem zvýšeno obecně u dětských psychiatrických pacientů a tyto nálezy tedy nejsou specifické.

Správná a včasná diagnostika emočních poruch a zahájení adekvátní terapie je rozhodující pro další vývoj dítěte, čím později je epizoda deprese léčena, tím větší je riziko dřívějšího nástupu další epizody. Opakované depresivní ataky mohou pak vést i k celkovému zpomalení sociálního vyzrávání dítěte. Diagnostické problémy souvisí i se značnou komorbiditou – ta je u dětí uváděna nejméně v polovině případů, ale v prepubertálním věku dokonce až v 80 až 90 %. Nejčastější je spojení s poruchami chování (asi u 1/4 až 1/3), dále s hyperaktivitou a poruchami pozornosti (také až u 1/3) a často i s úzkostnými poruchami (asi u 17 % dětí s depresí) a dále se zneužíváním psychotropních látek. Ve všech těchto případech musí být ovšem diagnostikovány obě poruchy a terapie se také musí na obě přímo zaměřovat (Svoboda a kol, 2001, str. 612).

K tématu bludného kruhu deprese se vyjadřuje tento článek Jana Roubala. Část z něj zde umístíme pro jeho pohled na depresi z pohledu největších psychoterapeutických škol, protože si myslíme, že to vhodně uzavře kapitolu o depresivitě.

Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických směrů

Jan Roubal, Československá psychologie 2008/52/6, 615-624.

V současné době neexistuje jednotná, obecně platná psychoterapeutická teorie (Kratochvíl, 1997), tedy ani psychoterapeutická teorie deprese, a jednotlivé psychoterapeutické školy k depresi a její terapii přistupují rozdílně. Přestože se různé teoretické koncepty deprese často výrazně odlišují, zřetelně vystupuje jeden styčný prvek. Je jím fenomén bludného kruhu deprese (Roubal, 2007), na který se tento článek při popisu psychodynamiky zaměřuje. Depresivní stav snižuje schopnost organismu vypořádat se s vlastními intrapsychickými procesy i s nároky okolí. Tím dochází k častějšímu selhávání, následnému prohlubování depresivního stavu a dalšímu snižování kapacity organismu.

Budou zde uvedeny teoretické koncepty deprese pěti hlavních směrů, které jsou v odborné literatuře nejčastěji zmiňované v souvislosti s psychoterapií a kombinovanou léčbou deprese. Gestap terapie představuje výjimku, jako zástupce humanistických

psychoterapeutických směrů. V rámci jednoho směru existuje i několik konceptů deprese, které navíc spolu se směrem, od kterého jsou odvozeny, procházejí dalším vývojem.

Kognitivně behaviorální terapie

Teoretické pojetí deprese zahrnuje přístup behaviorální a kognitivní, které zpočátku při psychoterapii deprese vystupovaly odděleně (Rahn, Mahnkopf, 2000). Behaviorální terapie ve svém konceptu patologie a etiologie deprese vychází z teorie naučené bezmocnosti, teorie nedostatku pozitivního zpevnování a z teorie sociálního učení. Podle ní je depresivní fungování pacienta výsledkem vzájemné interakce mezi osobnostními faktory, behaviorálními faktory a faktory prostředí. Pacient se naučil jednat, cítit a myslet depresivním způsobem. Pomocí nácviku může nad svým chováním získat kontrolu a osvojit si nové vzorce chování, u kterých je deprese málo pravděpodobná (Praško, Šlepecký, 1995). Kognitivní terapie pokládá depresi za kognitivní problém. Podle ní je afektivní odpověď při depresi určována tím, jak jedinec dysfunkčním způsobem kognitivně interpretuje svoji zkušenost pomocí negativních automatických myšlenek, které neodpovídají skutečnosti. Kognitivní model deprese předpokládá časnou zkušenost v životě pacienta, na základě které se zformují dysfunkční kognitivní schémata. V průběhu života pak dochází ke kritickému incidentu, při kterém se tyto postoje aktivují a dochází ke zmnožení negativních automatických myšlenek. Jejich prostřednictvím pacient interpretuje většinu dalších zkušeností, a to vede k rozvoji dalších příznaků deprese. Při depresi je pacient vůči automatickým myšlenkám méně kritický, více jim věří a ony tak prohlubují depresivní náladu (Praško, Šlepecký, 1995). Vzniká bludný kruh, při kterém depresivní nálada dále postihuje negativní styl uvažování a deresogenní přesvědčení. Bludný kruh deprese se projevuje na úrovni fungování celého organismu, protože automatické myšlenky prohloubí depresivní emoce, které vedou k zvýraznění depresivních tělesných projevů. Ty posilují depresivní chování, což si člověk v depresi interpretuje dalšími depresivními myšlenkami. Tak se může deprese v bludném kruhu postupně udržovat, nebo i prohlubovat (Praško, Prašková, 2003).

Kognitivně behaviorální terapie se při snaze o narušení bludného kruhu deprese zaměřuje na analýzu a modifikaci myšlení a jednání pacienta (Praško, Šlepecký, 1995). Kognitivně behaviorální terapie patří k etablovaným formám terapie deprese s dobře dokumentovanou účinností (Rahn, Mahnkopf, 2000), díky svému jasně strukturovanému zaměření na změnu kvantitativně měřitelných symptomů je snáze vědecky ověřitelná než

jiné psychoterapeutické přístupy (Rabloch, Kryl, 2006). Některé výzkumy svědčí pro vyšší účinnost kognitivně behaviorální terapie než farmakoterapie, jiné ukazují, že kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie i antidepressiva jsou u lehčích a středních depresí stejně účinné, u těžších depresí je však účinnější farmakoterapie. V akutní fázi snižuje kognitivně behaviorální terapie počet relapsů oproti samotné farmakoterapii (Fürst, 2003).

Dynamická psychoterapie

Psychoanalytická psychoterapie a zejména psychoanalýza se jako dlouhodobé intenzivní terapie zaměřují na ovlivnění osobnosti depresivního pacienta, a ne primárně na zmírnění symptomů. Depresi lze z tohoto pohledu pojímat jako nepružnost, slabost či určitý deficit v oblasti psychické struktury jedince. Ta je složena z modelů, které odrážejí minulou zkušenost, a utváří se na podkladě vrozených dispozic a reálných zážitků. Deprese může být během života spuštěna vnějšími faktory, psychoanalytická psychoterapie však její etiologii hledá ve struktuře osobnosti (Blanck, 1992). Klíčový význam v etiopatogenezi deprese je připisován raným mezilidským vztahům a zejména kvalitě vztahu mezi matkou a dítětem (Vavrda, 2004). Dítě si vštěpuje obraz matky a jeho postoj k sobě samému je závislý na jeho rané zkušenosti s matkou (Riemann, 1999). Klasický pohled na depresi jako dovnitř směřovanou agresi zahrnuje čtyři klíčové body: narušení vztahu matka-dítě během orální fáze způsobuje následnou náchylnost k depresi; deprese se může vázat ke skutečné (např. smrt matky) nebo představované ztrátě objektu; utrpení z této ztráty zvládá člověk pomocí obranného mechanismu introjekce ztraceného objektu; protože ztracený objekt je vnímán se směsicí lásky a nenávisti, pocit hněvu depresivní člověk směřuje sám do sebe. Skutečné nebo hrozící interpersonální ztráty pak v dospělosti spouštějí sebedestruktivní zápas v egu, který se projevuje depresí (Sandler, Dare, Holder, 1994).

V současné psychoanalytické literatuře se zmenšuje důraz na roli agrese. Deprese je chápána jako narušení sebeúcty v kontextu interpersonálních vztahů (Gabbard, 2000). Depresivní člověk si připadá bezmocný a neschopný, protože vnímá rozpor mezi svým aktuálním chováním a vysokými vnitřními nároky, kterým není v interpersonálních vztazích schopen dostát. Toto nastavení pochází z raného dětství, ve kterém depresivní osoba trpěla obrovskou úzkostí ze ztráty lásky svých rodičů. Vyhledává závislost, tím se však stupňuje strach ze ztráty a na odloučení reaguje depresí. Tím se vytváří typický začarovaný kruh, který může být prolomen jen tak, že se člověk odváží být autonomním subjektem (Riemann, 1999). V psychoanalýze a psychoanalytické terapii je při snaze

narušit bludný kruh deprese centrem terapeutického zájmu osobnostní struktura pacienta. V terapii se neléčí deprese, ale Ego, které tento afekt prožívá (Blanck, Blanck, 1992). V současné léčbě deprese se prosazují zacílené, krátkodobější dynamické psychoterapie, které se zaměřují na ovlivnění depresivního stavu, a ne osobnosti pacienta (Hirshfeld, Shea, 2000). V metaanalýzách se ukazuje, že krátká psychodynamická psychoterapie není ani lepší, ani horší než jiné formy psychoterapie (Praško, 2005).

Interpersonální psychoterapie

Interpersonální terapie je zacílená, časově omezená terapie, která klade důraz na mezilidské vztahy depresivních pacientů. Zároveň bere v potaz genetické, biochemické, vývojové a osobnostní faktory, které hrají roli při vzniku deprese a náchylnosti k ní. Na základě klinické zkušenosti a výzkumných dat se domnívá, že depresivní porucha se objevuje v interpersonálním kontextu a zpětně interpersonální vztahy ovlivňuje, takže psychoterapeutická intervence zaměřené na tento kontext usnadňují úzdravu pacienta v akutní depresivní epizodě, a předpokládá i efekt při předcházení relapsům a recidivám deprese (Gruettert, 2004).

Teoretické základy interpersonální psychoterapie deprese rozvíjejí Freudovo pojetí smutku a truchlení a zásadně jsou ovlivněny teorií vazby Johna Bowlbyho. Podle ní mají lidé vrozenou tendenci vyhledávat vazby. Tyto vazby přispívají k přežití druhu a k individuálnímu uspokojení. Hrozba ztráty důležitých vazeb vytváří úzkost a smutek, časté opakování takovéto hrozby může člověka predisponovat k depresi. Interpersonální přístup integruje psychoanalytický důraz na zážitky z raného dětství s kognitivně behaviorálním důrazem na současné stresory v prostředí. U člověka, kterému se v dětství nepodařilo dosáhnout emočního uspokojení, kognitivních a behaviorálních dovedností, které jsou nutné ke vzniku uspokojivých vztahů, se objevuje zoufalství, izolace a reaktivní deprese. Ta se dále udržuje omezenými sociálními dovednostmi, přecitlivělostí na ztráty a narušenou komunikací, to následně vede k odmítání ze strany okolí a dalšímu zhoršování pacientových interakcí, který tak začíná žít v bludném kruhu (Prochaska, Norcross, 1999).

Interpersonální psychoterapie se při narušování bludného kruhu deprese zaměřuje na spojení mezi vznikem depresivních symptomů a současnými interpersonálními problémy. Použití i účinnost interpersonální psychoterapie jsou bohatě vědecky zdokumentovány. Výsledky mnoha provedených studií dokazují účinnost interpersonální psychoterapie u ambulantních depresivních pacientů jak v akutní fázi, tak v rámci podpůrné léčby (Vymětal, 2003).

Humanistická psychoterapie

Humanistická psychoterapie je označení pro skupinu teoreticky příbuzných psychoterapeutických směrů. Společný je důraz na svobodu jedince, na rozvíjení jeho osobnostního potenciálu a na jedinečnost setkání v terapii (Rahn, Mahnkopf, 2000). Vzhledem k důrazu na sebeaktualizaci pacienta a jedinečnost terapeutického setkání nemají tyto směry vypracovány obecný a podrobný algoritmus pro terapii deprese. Přístup k pacientovi je vždy individuální, jednotlivé školy terapeuticky pracují s depresivním pacientem na základě svých teoretických i praktických poznatků.

Autorem článku byla vybrána jako zástupce humanistického směru Gestalt terapie, podrobněji popsána níže.

Gestalt terapie

Gestalt-terapeutický pohled na depresi vychází ze specifického pojetí osobnosti. Self je z pohledu Gestalt terapie proces ne struktura. Lidé neustále vytvářejí své self tím, že syntetizují a dodávají osobní význam biologicky založeným informacím svých emocí i kulturním poznatkům získaným z okolí. Symptomy jsou při depresi doprovodnými jevy a gestap terapie se zaměřuje více na specifické generující procesy či základní determinanty této poruchy (Greenberg, Watson, Goldman, 1998). Symptomy zmenšují rozsah souboru funkcí a omezují pružnost reagování pacienta (Zinker, 2004). Gestalt terapie rozšiřuje uvědomění pacienta tak, aby mohl své fungování regulovat vědomou volbou (Yontef, 1993). Deprese je v pojetí Gestalt terapie v zásadě afektivní porucha. Psychické funkce jsou řízeny v první řadě skrytým emočním smyslem události, a ne myšlenkami a názory pacientů nebo jejich očekáváním od druhých. Negativní pohled na sebe, svět, budoucnost i behaviorální stažení se jednak odvozují od základních emocí a reagují na ně, jednak představují maladaptivní způsoby zvládnání událostí, které tyto emoce vyvolávají (Greenberg, 2006).

Depresivní pacienti jsou zaplaveni svými negativními afekty. Své emoce se snaží regulovat dysfunkčními strategiemi zvládnání jako je vyhýbavost, zmrťování, neúplné zpracování svých pocitů a stažení. Tím dále depresivní obtíže zvýrazňují (Greenberg, 2006). Pacient postrádá sebedůvěru, vůli a motivaci kontaktovat se s okolím. Sám sebe zastavuje před akcí, která by mohla uspokojit jeho aktuální potřebu ve vztahu k okolnímu světu. Gestap terapie narušuje bludný kruh deprese podporou uvědomění a přijetí

emočního prožitku depresivního pacienta (Smith, 1985) a transformace depresivní organizace self (Greenberg, 2006).

Celkově je terapie založená na gestap přístupu nejúčinnější u značně socializovaných depresivních pacientů, u kterých deprese pouze částečně narušuje jejich fungování v rámci vztahového a sociálního kontextu a kteří mají tendenci k internalizaci a k malému odporu (Prochazka, Norcross, 1999).

Systemická rodinná terapie

Obecně lze systemickou rodinnou terapii definovat jako terapeutický přístup, který se explicitně zaměřuje na změnu interakcí mezi členy rodiny a snaží se o zlepšení fungování rodiny jako celku nebo jeho subsystémů zároveň s fungováním individuálních členů rodiny (Gurman, Lebow, 2000). Depresi chápou jako reakci na zážitky bezmoci, která bývá vyvolána zkušenostmi zneužíváním, zanedbáváním nebo ztrátou blízké osoby v dětství nebo současné rodině. Systemický přístup nepojímá depresi jako chorobu jednoho člověka, ale jako sociálně utvářený fenomén a depresivního pacienta chápe jako označeného pacienta (Jonesová, Asen, 2004).

Důvěrné vztahy pacienta ovlivňují jeho depresivní příznaky a zároveň jsou těmito příznaky zpětně ovlivňovány. Z hlediska komunikace je v rodinách depresivních pacientů nápadně vysoký stupeň kontroly, vztahy depresivních pacientů se vyznačují velkou emoční závislostí (Rahn, Mahnkopf, 2000). U člověka s horší schopností adaptace se při náročné události objeví depresivní příznaky. Nejčastějším stresem, který předchází depresi, jsou manželské rozpory (Praško, Šlepecký, 1995). Na depresivní příznaky reaguje partner a rodina, nutí pacienta k soustředění se na „nedepresivní“ aspekty života nebo ho zvýšenou měrou za nežádoucí chování kritizují. Dochází k osamocení a nepochopení depresivního jedince, k udržování rolí pečovatel/pacient, a tím dalšímu rozvoji deprese (Jonesová, Asen, 2004). Celý systém se ocitá v bludném kruhu.

Systemický přístup v párové terapii deprese narušuje bludný kruh deprese kontextualizací aktuálních depresivních příznaků a experimentování s novými vzorci chování (Jonesová, Asen, 2004).

Světová zdravotnická organizace ohodnotila depresi jako čtvrtý nejnaléhavější celosvětový zdravotní problém, který ovlivňuje stovky miliónů lidí na celém světě. Minimálně 20 % žen a 12 % mužů zažije během svého života depresi. Navzdory farmakologické léčbě je podle prospektivních studií po pěti letech 12 % pacientů a po 10-

letech 7 % pacientů stále depresivních (Bondy, 2003). Bludný kruh deprese představuje rigidní vzorce fungování, jehož složky již neplní svoji adaptační funkci, ale naopak adaptační schopnosti organismu významně omezují. Deprese zahrnuje reaktivní vzorce chování, které jsou provázeny krátkodobými nebo dlouhodobými biologickými změnami (Macher, Crocq, 2002).

Část dalšího článku zde zařazujeme pro jeho souvislost s námi zkoumaným tématem depresivity u dětí.

Depresivní symptomatika ve věku 12 – 15 let – mezipohlavní rozdíly a další souvislosti

Lenka Fráňová, Československá psychologie, 2004/48/6, 510-522.

Světová zdravotnická organizace uvádí, že napříč různými kulturami je celoživotní prevalence unipolárních depresivních poruch a dystymie 1,5 – 4,8 x vyšší u žen než u mužů (Mental Health of Women, 1996). V dětství, resp. přibližně do 12 let, bývají depresivní poruchy diagnostikovány častěji u chlapců než u dívek (Paclt, Florian, Malá, 1997). Poté dochází k posunu, neboť mezi 13 – 15 lety se s diagnózami unipolárních depresivních poruch setkáváme častěji u dívek.

V rámci české standardizace Sebeuposuzovací škály depresivity pro děti prováděné na souboru 369 pražských školáků ve věku 9 – 14 let se žádné rozdíly mezi pohlavím neukázaly. Výjimku tvořila subškála interpersonální potíže, v níž chlapci vykazovali vyšší skóre než dívky (Kovacsová, Preiss, 1998). Závislost celkového skóru ani skóre jednotlivých subškál CDI na pohlaví se rovněž nepotvrdila u 105 13 – 15 letých českých adolescentů (Šedivá, 1999).

V souhrnu lze říci, že ve většině dosud zkoumaných populací dospívajících, tj. převážně populací euro-amerického regionu, se depresivní symptomy vyskytly ve větší míře u dívek (Ge, Conger, Elder Jr., 2001). Jistou empirickou podporu získaly dvě z hypotéz, jež připisují zjišťované rozdíly vlivu jiných faktorů než skutečně existujícím rozdílům v míře depresivního prožívání. První z nich spočívá v myšlence, že dívky mají vyšší sklon připustit si symptomy, hovořit o nich a vyhledat pomoc. Druhá hypotéza uvádí, že depresivita se u obou pohlaví projevuje odlišným způsobem, přičemž odborníci klasifikují jako depresivní skupinu příznaků charakterističtější pro ženské pohlaví.

Výzkumný vzorek (N=199) tvořily dívky a chlapci od 12 – 15 let. Z výsledků pro náš výzkum důležitých vyplývá, že nebyly zjištěny významné rozdíly mezi pohlavími ani mezi věkovými skupinami ve všech sledovaných oblastech depresivní symptomatiky – v oblasti špatné nálady, interpersonálních potíží, nevykonnosti či anhedonie. Výjimku tvoří subškála CDI snížené sebehodnocení, na níž mladší respondenti dosahovali vyšších hodnot než starší. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky studie standardizující CDI v ČR (Kovacs, Preiss, 1998).

3. Ústavní péče o děti v České republice

Jakýkoliv ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí (Matoušek, 1999).

3.1 Formy ústavní péče

Ústavní péče spadá v České republice pod správu tří ministerstev.

Ministerstvo zdravotnictví (MZd) zodpovídá za děti do tří let věku. Disponuje k tomu 36ti dětskými domovy pro děti do 3 let, kojeneckými ústavami a dětskými centry.

Děti mezi 3 a 18ti lety věku, které mají snížený intelekt nebo jiné mentální postižení, spadají do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Pro tyto účely užívá MPSV ústavy sociální péče (ÚSP). V případě kombinovaných vad musí dominovat mentální postižení.

Děti zdravé, s tělesným a/nebo senzorickým postižením nebo s poruchami chování (starší tří let) zajišťuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Do jeho resortu patří diagnostické ústavy, dětské domovy a dětské domovy se školou (dřívější výchovné ústavy). Tato zařízení jsou určena buď pro děti, mládež nebo pro děti a mládež (věková hranice mezi dítětem a mládeží je kolem 15 let). Zařízení bývají buď smíšená (pro chlapce i dívky) nebo rozdělená podle pohlaví (hlavně ve výchovných ústavech).

Podle Zákona 109/2002 Sb. jsou dnes všechna zařízení MŠMT a MZd transformována v zařízení rodinného typu. Školáci mají rodinné buňky pro 6 – 8 dětí. V domově, respektive v budově, mohou být maximálně 3 buňky (v praxi je ale udělena řada výjimek pro počet buněk, ale počet dětí v buňce se dodržuje). Ve zdravotnických domovech jsou rodinné buňky po 4 – 5 dětech, kde „tety“ pracují ve 12tichodinových směnách.

Personál má vysokoškolské vzdělání (které se nyní zavádí i u tzv. nočních „tet“). V rámci rodinné buňky si děti často sami vaří a perou.

V zákoně je zároveň určeno, kolik musí mít zařízení různých pracovníků na určitý počet dětí. V zařízeních MZd musí být k dispozici jeden lékař na 25 dětí a jeden psycholog

plus 3 rehabilitační sestry na 100 dětí. Počet sester a ošetřovatelek k počtu dětí je 1:1, tzn. že zařízení musí mít stejný počet sester/ošetřovatelek jako má dětí.

Zařízení MŠMT pak musí mít jednu „tetu“ (vychovatelku) na rodinnou buňku pro denní režim a jednu noční „tetu“ na 3 buňky.

V zařízeních MPSV je základním pravidlem, že slouží vždy dva lidé najednou a to ve dne i v noci, takže nedochází k situaci, že by byl v zařízení přítomen pouze jeden vychovatel.

3.2 Počty dětí v ústavní péči

Představa, že v dětských domovech jsou převážně osiřelé děti, dávno neodpovídá skutečnosti. Sirotci tvoří jen velmi malé procento všech dětí umístěných v dětských domovech. U většiny ostatních dětí jde o tzv. sociální osiření, tedy situaci, kdy se vlastní rodina dítěte nevytvořila, rozpadla nebo se nechce či není schopna o dítě starat. Různé zdroje uvádějí počet dětí umístěných v ústavní výchově kolem 20 tisíc (Sobotková, 2008).

Například Novotný (2007) ve své práci uvádí počty dětí následující. V České republice je v současné době přibližně 20 000 dětí v ústavní péči.

Z toho 10 000 dětí patří pod MPSV a pobývá v ústavech sociální péče (ÚSP). Asi 400 dětí má pobyt nařízen soudně a zbytek dětí přichází na žádost rodičů. Sobotková (2008) také uvádí, že číslo 20 tisíc je zavádějící, protože z toho více než polovina dětí, tedy přes 10 tisíc, je umístěna v ústavech sociální péče. Mnohé z těchto dětí jsou natolik závažně zdravotně postižené, že není možné dát je pěstounům. Některé postižené děti jsou v ústavu na týdenním pobytu a rodina se o ně stará doma o víkendech, prázdninách a svátcích.

Důvody umístění nejmenších dětí do kojeneckých ústavů jsou uváděny různými zdroji poněkud odlišně. Průměrně jde o tato čísla: z důvodů zdravotních asi 30% dětí, z důvodů sociálních asi 45% a z důvodů zdravotně-sociálních asi 25% dětí. Vykazovaný celkový počet dětí v kojeneckých ústavech jsou děti, které těmito ústavu projdou během jednoho roku, např. v roce 2003 to bylo 1905 dětí. Téměř polovina dětí se vrací do původní biologické rodiny. Další děti se daří umístit do náhradních rodin - asi 28% dětí do osvojení, necelých 8% do pěstounské péče. Pouze kolem 10% dětí přechází do dětských domovů. Do školských zařízení tedy děti většinou přicházejí až v pozdějším věku, protože jejich rodina v péči o ně vážně selhala. V dětských domovech zůstávají déle děti starší 13 let a

děti romské. Děti těžce postižené, o které rodiče nejeví zájem nebo o ně mohou pečovat jen o víkendech, svátcích a prázdninách, přecházejí po třetím roce do ústavů sociální péče (Sobotková, 2005).

Školská zařízení poskytují zázemí pro cca 8 000 dětí. Přibližně 500 dětí přichází z předchozí ústavní péče (věkové rozpětí je 3-18 let, ročně přichází asi 35 dětí, takže celkový počet lze získat pomocí výpočtu 15×35). Zbýlých 7 500 dětí přichází z biologické rodiny (Novotný, 2007).

3.3 Rizika ústavní výchovy

3.3.1 Psychická deprivace

Mezi nejznámější negativní dopad výchovy v ústavním prostředí nepochybně patří psychická deprivace, kterou formulovali Langmeier a Matějček ve své knize „Psychická deprivace“ v roce 1963. Od té doby se samozřejmě podmínky v dětských domovech radikálně změnily. Zavedl se například tzv. systém rodinných buněk, kde děti žijí „jako rodina“ v počtu 6-8 dětí různého věku a pohlaví s jednou „tetou“, učí se běžným domácím činnostem, ale ani sebelepší systém nenahradí dobře fungující rodinu.

Jak tedy Langmeier s Matějčkem popisují psychickou deprivaci u dětí? „Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“ (Langmeier, Matějček, 1974, str. 22).

Sobotková (2008) uvádí, že „Je cela jistě nepopíratelné, že děti umístěné v ústavním prostředí nejsou citově saturované a jsou ohroženy psychickou deprivací“. Nebylo by však vhodné pokládat všechny děti, které prošly tímto prostředím automaticky za psychicky deprivované. Langmeier s Matějčkem (1974) poukazují na fakt, že správná diagnostika psychického strádání nemusí být v jednotlivých případech vůbec snadná. Příznaky psychické deprivace mohou totiž být velmi rozmanité a proměnlivé, mohou zabírat celou stupnici od lehkých nápadností ještě plně v rámci normálního duševního obrazu až po velmi hrubá poškození intelektového i charakterového vývoje. Mohou mít pestrý ráz příznaků neurotických či psychopatických a mohou se projevit zdánlivě i ryze somatickými nápadnostmi.

I mezi dětmi vyrůstajícími od útlého dětství ve stejných ústavních podmínkách se nachází velmi rozdílný vývoj osobnosti, s různými příznaky a s různě vyvinutými

jednotlivými funkcemi. Tím větší jsou rozdíly mezi dětmi, jejichž vývoj byl ovlivněn deprivací různého druhu, různého stupně, různého trvání a v různém věku (Langmeier, Matějček, 1974, str. 303).

Formy psychické deprivace

- Typ normoaktivní či relativně dobře přizpůsobený

Tyto děti procházejí ústavním prostředím relativně nejméně zasaženy. Podařilo se jim dosáhnout určité rovnováhy i v podnětově chudých podmínkách. Matějček (1995) uvádí, že si obvykle do jednoho roku pobytu v ústavu dokáží najít „své lidi“ a „své místo“ v kolektivu. Bývají to často tzv. miláčkové, na něž se soustřeďuje pozornost vychovatelů více – podněcují v dospělých citově kladnou odezvu. Jejich vyrovnanost v „chráněném“ prostředí ústavu je ovšem vratká a může se snadno zhroutit pod tlakem nezvyklých nároků života mimo ústav. Dle Matějčka se tento typ dětí nacházel v ústavech nejvíce – rozhodně více než 50 %.

- Typ hypoaktivní či útlumový

Tento typ dětí reaguje na život v ústavním prostředí snížením své celkové aktivity, emoční apatií, nezájmem, oslabením funkční hodnoty podnětů, celkovým poklesem výkonu a učení i v jednoduchých úkolech. Zaměřují se na svět věcí, hraček a neosobních událostí – tak jsou spokojené, ale pokud je ostatní děti ruší z jejich „světa“, dovedou být vůči nim i agresivní.

- Typ sociálně hyperaktivní

Tyto děti si zřejmě vynahrazují celkový nedostatek podnětů, pokud možno co největším počtem podnětů sociálních. Snaží se upoutat pozornost vychovatelů a všech dospělých osob. Neznají citovou vázanost a věrnost. Pro tyto aktivity nemají dostatek příležitostí ke hře, práci a učení s vrstevníky. Jejich sociální chování a komunikace tak zůstávají na nízké úrovni. V učení i při dobré inteligenci zaostávají.

- Typ sociálně provokativní

U těchto dětí se snaha po sociálním kontaktu projevuje rušivým až násilným chováním vůči vychovatelům i druhým dětem, které jsou jejich konkurenty při získávání

vychovatelovy pozornosti. Pokud jsou s vychovatelem samy, změní své chování – jsou hodné a přítulné. Nebývá lehké s nimi navázat kontakt.

- Typ charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb

Nedostatek podnětů z oblasti citové a sociální vede tyto děti k zvýšené snaze o získání podnětů z jiných oblastí na nižší úrovni, jako jsou například přejídání, masturbace, narcistické tendence, agresivita vůči ostatním, šikanování apod.

III. Výzkumná část

4 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem této diplomové práce je, jak napovídá název, zjistit, jestli existuje v mém výzkumném souboru u dětí z dětských domovů vztah mezi osobnostními rysy, zjišťovanými pomocí dotazníku B-JEPI a depresivitou, měřenou pomocí Sebeuposuzovací škály depresivity CDI. Naší snahou je zjistit, jestli spolu korelují některé škály dotazníku CDI a B-JEPI.

Dílčím cílem je zjištění, jestli existují rozdíly mezi pohlavími a výskytem depresivity u mnou zkoumaného výběru.

Z těchto cílů výzkumu jsme odvodily následující výzkumné otázky.

1. Existují statisticky významné podobnosti a rozdíly mezi chlapci a děvčaty v dotazníku CDI?
2. Existují statisticky významné podobnosti a rozdíly mezi chlapci a děvčaty u dotazníku B-JEPI?
3. Existuje statisticky významný vztah mezi škálami dotazníku B-JEPI a škálami dotazníku CDI mezi chlapci a děvčaty?
4. Existuje statisticky významný vztah mezi škálami dotazníku B-JEPI a škálami dotazníku CDI u chlapců?
5. Existuje statisticky významný vztah mezi škálami dotazníku B-JEPI a škálami dotazníku CDI u děvčat?

5 Charakteristika výzkumného souboru a sběr dat

Výzkum jsem prováděla v několika dětských domovech v Moravskoslezském kraji - Dětský domov a Školní jídelna Čeladná, Dětský domov a Školní jídelna Ostrava-Hrabová, ZŠ, Střední škola, Dětský domov, Školní jídelna a Internát Velké Heraltice. Pro svůj výzkum jsem si vybrala, s ohledem na používané dotazníky, chlapce a děvčata ve věku 9-14 let. Ředitelé a ředitelka těchto dětských domovů mi vyšli vstříc v tom, že mi udělili ústní souhlas pro předložení dotazníků dětem po tom, co si oba dotazníky prohlédli, aby zjistili, čeho se přesně týkají a jestli neobsahují citlivé nebo nevhodné otázky, které by děti mohly nějak rozrušit. Poté jsem se domluvila s vychovatelkami, v kterou dobu a den by bylo nejvhodnější přijít, aby to příliš nenarušilo režim dětí. Účast na šetření byla dobrovolná a dětem bylo ještě před začátkem sděleno, jak se mají dotazníky správně administrovat a že se samozřejmě nemusí výzkumu účastnit, pokud by jim byly otázky nepřijemné. Celkový počet sesbíraných dotazníků byl 46, z toho tři respondenti nevyplnili dotazníky zcela správně, a proto museli být z výzkumu vyloučeni, takže konečný vzorek měl 43 respondentů. Tabulka č. 1 ukazuje zastoupení respondentů v jednotlivých dětských domovech.

Tab. č.1 Rozložení výzkumného souboru

	DD Čeladná	DD Hrabová	DD Deraltice
Počet rozdaných dotazníků celkem	17	14	15
Počet rozdaných dotazníků chlapci	9	6	9
Počet rozdaných dotazníků děvčata	8	8	6
Počet správně vyplněných dotaz. celkem	15	14	14
Počet správně vyplněných dotaz. chlapci	8	6	9
Počet správně vyplněných dotaz. děvčata	7	8	5
Dotazníků celkem ze všech děts. domovů		43	

6 Aplikovaná metodika

Použila jsem dvě psychodiagnostické metody. První z nich byl dotazník na zjištění osobnostních rysů u dětí B-JEPI, autory jsou H. J. Eysenck a S. B. G. Eysenck, úprava: Ján Senka, vědecký redaktor: Vladimír Smékal, rok vydání: 1994, Psychodiagnostika, spol. s.r.o. Bratislava.

Druhou metodou byla Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti (Children's Depression Inventory CDI), která je adaptací Beckova dotazníku deprese, autor testu: M. Kovacs, autor příručky: M. Preiss, rok vydání: 1998, Psychodiagnostika s.r.o. Brno.

6.1 Osobnostní dotazník B-JEPI

Škály E a N

Škály E (extraverze – introverze) a N (labilita - stabilita) jsou nejstarší v tomto typu osobnostního dotazníku a i význam postihovaných osobnostních dimenzí je dobře známý.

Typický extrovert je dle Eysencka družný, má rád společnost, má hodně přátel, je výřečný, nerad čte nebo studuje sám. Vyhledává vzrušení, rád riskuje, obratně využívá příležitosti, rád je středem pozornosti. Jedná na základě momentálních podnětů a celkově je impulzivní. Rád vtipkuje, má na vše odpověď má rád změny. Je bezstarostný, lehkomyšlný, optimistický, vyhledává zábavu a potěšení. Upřednostňuje pohyb a akci, má sklony k agresivitě, lehko se rozčílí. Nemá vždy své city pod kontrolou a taky není vždy stoprocentně spolehlivý.

Typický introvert je klidný, tišší a nenápadný typ člověka se zálibou spíše v knihách než ve společnosti lidí. Je zdrženlivý a udržuje si odstup od ostatních s výjimkou jemu nejbližších osob. Má sklon dopředu plánovat, věci zvykne mít promyšlené, nedůvěřuje příliš rozhodnutím a činům na základě momentálních podnětů. Nemá rád vzrušení, každodenní záležitosti bere s patřičnou vážností a má uspořádaný způsob života. Své city kontroluje, zřídka se chová agresivně a nerozčílí se lehko. Je spolehlivý, trochu pesimistický a klade velký důraz na etické principy.

Velmi labilního jedince (osobu skórující vysoko v N) Eysenck popsal jako úzkostlivého, plného obav, ustaraného, náladového, často upadajícího do deprese. Pravděpodobně špatně spí a trpí nejrůznějšími psychosomatickými nemocemi. Je velmi

citlivý, intenzivně reaguje na všechny druhy podnětů, těžko se uklidňuje i po minimálně náročném emočním zážitku. Jeho silné emoční reakce interferují s jeho předcházející adjustací, což může vést k iracionálním, někdy rigidním reakcím. V kombinaci s extroverzí bývá takovýto jedinec nedůtklivý a neklidný, rychle se rozčílí a nemá daleko k agresi. Když by se měl jedinec s vysokým N popsat jednoduše jedním slovem, dalo by se říct, že je utrápený. Jeho hlavní charakteristikou je, že se neustále zaobírá věcmi, které mohou špatně dopadnout a silnými emočními reakcemi na takové myšlenky.

Na druhé straně stabilní jedinec (s nízkým skórem ve škále N) má tendenci odpovídat emocemi velmi pomalu a v celku mírně, přičemž i po emoční aktivaci se dostává rychle zpět na původní úroveň. Obvykle je klidný, nerozčílí se lehko, kontroluje svoje city a nemá sklon trápit se.

Tyto deskripce (jako Eysenck a Eysencková, 1981, zdůrazňují) se vztahují na osobnost v jejím fenotypovém aspektu.

Škála P

Dimenze P (psychoticizmus) se v Eysenckových vymezeních základních dostupných faktorů objevila až později. V porovnání s předcházejícími dvěma je i její podstata méně známa. Dítě vysoko skórující v P je možné popsat takto: Je samotářské, lhostejné k druhým. Často způsobuje problémy, nikdy se nepřizpůsobí. Může být kruté a nelidské, chybí mu city k lidem i ke zvířatům. Je hostilní k druhým, dokonce i k vlastním přátelům a příbuzným a agresivní dokonce i k milovaným osobám. Takové dítě si nedostatek citů vynahrazuje vyhledáváním vzrušujících zážitků, bez toho, aby myslelo na nebezpečí, které se za nimi může skrývat, případně se vyžívá ve smyslnostech.

Koncept socializace je relativně cizí těmto jedincům – dospělým i dětem, pocity viny, empatie, citlivost k druhým lidem jsou v jejich představách neznámé. Tyto opisy přirozeně, se v extrémních podobách vztahují na extrémní případy. Osoby, které skórují dost vysoko, ale blíže ke středním hodnotám jsou daleko častější, než extrémní, a měli by mít toto chování na mnohem nižším stupni. Jak se zdá, psychiatrické termíny, které asimilují tyto druhy chování, jsou „schizoidní“ a „psychotický“, a další termín, který se nabízí, je „poruchy chování“.

Je důležité zdůraznit, že P-škála, i když k tomu její název vybízí, se liší od škál postihujících patologii, jako je např. MMPI. Jde zde o normální chování, ne o symptomy.

Stejně tak i v případě neuroticizmu se jedná o chování na podkladě osobnostních črt, které jsou patologické jen v extrémních podobách. Právě z toho důvodu je škála použitelná u normálních, nepatologických jedinců.

Škála L

Škála lži (L) – poprvé obsažená v EPI, má zčásti měřit tzv. disimulace, tendenci některých osob „prezentovat se v lepším světle“.

(Eysenck, Eysenck, 1994)

6.2 Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti CDI

Tato škála je první standardizovanou sebeuposuzovací metodou deprese pro dětský věk. Škála měří současný stav nebo změnu stavu (mnohem spíše než rys chování) a může přispět k diagnostice obtíží dítěte. V oblasti detekce depresivních symptomů u dětí je celosvětově nejrozšířenějším screeningovým nástrojem.

CDI obsahuje pět subškál: A Špatná nálada, B Interpersonální potíže, C Nevýkonnost, D Anhedonie (neschopnost prožívat radost), E Snížené sebehodnocení. Každá položka CDI je dítětem hodnocena na 3bodové škále. Dítě hodnotí období posledních dvou měsíců (Kovacs, 1998).

7 Prezentace a interpretace empirických souvislostí

Jelikož byla aplikací Statistica 8 zjištěna normalita rozložení hrubých skóre zkoumaného souboru byly použity parametrické metody a to Studentovy t-testy.

7.1 Popisná statistika

Nejdřív pro zpracování získaných dat jsme provedli popisnou charakteristiku pro každou z metod a také zvlášť pro chlapce a zvlášť pro dívky.

Tab. č. 2 Popisná statistika, B-JEPI chlapci

<i>Věk</i>	<i>Věk</i>	<i>P</i>	<i>E</i>	<i>N</i>	<i>L</i>
Stř. hodnota	12,48	7,13	12,65	11,74	5,48
Medián	13,00	7,00	13,00	12,00	5,00
Modus	14,00	5,00	18,00	12,00	3,00
Směr. odchylka	1,59	3,11	3,70	2,77	3,00
Rozptyl výběru	2,53	9,66	13,69	7,66	8,99
Minimum	9,00	1,00	5,00	7,00	1,00
Maximum	14,00	13,00	18,00	18,00	12,00
Počet	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00

Tab. č. 3 Popisná statistika, B-JEPI dívky

<i>Věk</i>	<i>Věk</i>	<i>P</i>	<i>E</i>	<i>N</i>	<i>L</i>
Stř. hodnota	12,55	6,50	12,95	13,60	5,40
Medián	13,00	6,00	12,00	13,00	5,50
Modus	14,00	6,00	12,00	11,00	7,00
Směr. odchylka	1,32	2,37	2,56	3,45	2,01
Rozptyl výběru	1,73	5,63	6,58	11,94	4,04
Minimum	10,00	3,00	6,00	8,00	2,00
Maximum	14,00	12,00	18,00	19,00	10,00
Počet	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00

Popisná statistika u testu B-JEPI mezi chlapci (tab. č. 1) a děvčaty (tab. č. 2) ukázala, že věk je v obou skupinách rozložen přibližně stejně. Chlapci dosahují o něco vyššího skóre u škály P (psychoticizmus). Ve škále E (extraverze – introverze) skórují obě pohlaví

podobně. Ve škále N (labilita – stabilita) skórují více dívky a mají také větší rozptyl uvnitř této škály. Škála L (lži) vychází přibližně stejně pro obě pohlaví.

Eysenck uvádí, že hodnoty P by se v normální populaci měly pohybovat v rozpětí 0 – 10, jen zřídka vyšší. U našeho výběru je nejvyšší hodnota P u chlapců 13 a u dívek 12. Dále Eysenck uvádí, že zvýšené P bylo pozorováno u osob, které měly již nějaké zkušenosti s porušováním zákona, což ale automaticky neznamená, že z dětí, které měly zvýšené skóre v P škále, se automaticky stanou delikventi. Dále také Eysenck uvádí, že škála P je sycena ve velké míře hostilitou a agresivitou, které bývají tradičně zařazovány jako maskulinní charakteristiky, proto se dá předpokládat, že v ní osoby mužského pohlaví budou skórovat výše než ženy. Chlapci skutečně měli u našeho zkoumaného souboru vyšší hodnoty u P než dívky.

Tab. č. 4 Popisná statistika, CDI chlapci

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>celkem</i>	<i>věk</i>
Stř. hodnota	2,83	0,65	3,00	2,74	3,00	12,22	12,48
Medián	3,00	0,00	3,00	3,00	2,00	13,00	13,00
Modus	3,00	0,00	3,00	2,00	2,00	15,00	14,00
Směr. odchylka	1,37	0,98	1,71	0,96	1,68	4,49	1,59
Rozptyl výběru	1,88	0,96	2,91	0,93	2,82	20,18	2,53
Minimum	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	4,00	9,00
Maximum	6,00	3,00	6,00	4,00	7,00	20,00	14,00
Počet	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00

Tab. č. 5 Popisná statistika, CDI dívky

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>Celkem</i>	<i>Věk</i>
Stř. hodnota	2,45	0,70	2,85	3,35	2,20	11,55	12,55
Medián	2,00	0,50	2,00	3,00	2,00	8,50	13,00
Modus	1,00	0,00	2,00	2,00	1,00	6,00	14,00
Směr. odchylka	1,88	0,86	1,46	1,81	1,44	6,11	1,32
Rozptyl výběru	3,52	0,75	2,13	3,29	2,06	37,31	1,73
Minimum	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	5,00	10,00
Maximum	7,00	3,00	6,00	8,00	5,00	24,00	14,00
Počet	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00

Tabulky č. 3 a č. 4 jsou statistické údaje sebesuzovací škály CDI u chlapců a dívek. U škály A (špatná nálada) skórují chlapci i děvčata přibližně stejně, ale u dívek je vidět mnohem větší rozptyl, chlapci odpovídali o něco homogenněji. U škál B (interpersonální potíže) i C (nevýkonnost) a u obou vypovídaly homogenněji dívky. U škály D mají vyšší hodnocení dívky s mnohem větším rozptylem uvnitř škály a také vyšším maximální skóre než chlapci. Naopak škálu E (snížené sebehodnocení) mají vyšší chlapci, společně s rozptylem výběru a vyšším maximem. Celkové hodnocení mají nepatrně vyšší chlapci, za to odpovídali mnohem jednotněji než dívky.

Kovacsová (1998) jako ideální cut off mezi zdravými a depresivními dětmi doporučuje 20 bodů celkové CDI (jiní autoři 19 bodů). Pokud pracujeme s dětmi, u kterých depresi můžeme očekávat, doporučuje se cut off 12 nebo 13 bodů. Tento nižší cut off se volí, především v klinickém přístupu, kdy je třeba se vyvarovat falešně negativní diagnózy, pro účely všeobecného screeningu, jako je ten náš, kdy se chceme vyvarovat falešně pozitivní diagnóze, je vhodnější vyšší cut off 19-20 bodů.

Podle výsledků u našeho zkoumaného výběru (tabulka viz, přílohy) by při uplatňování nižšího cut off skóru (12 bodů) bylo depresivních z celkového počtu 43 dětí 25 tj. 58 % dětí, při vyšším cut off (19 bodů) spadá do kolonky depresivních dětí 5, tj 12 % ze všech dětí. Podle rozdělení na pohlaví by při nižším cut off skórovalo 7 chlapců a 11 děvčat. Při vyšším cut off 1 chlapec a 4 děvčata.

7.2 Parametrické testy a korelace

Tab. č. 6 Studentův t-test pro zjištění rozdílu mezi chlapci a dívkami u škály CDI

Proměnná	t-testy; grupováno: pohlaví Skup. 1: muži Skup. 2: ženy										
	Průměr m	Průměr z	t	sv	p	Poč. plat. m	Poč. plat. z	Sm. odch. m	Sm. odch. z	F- poměr Rozptyl y	p Rozpt yly
A	2,83	2,45	0,76	41	0,45	23	20	1,37	1,88	1,88	0,16
B	0,65	0,70	-0,17	41	0,87	23	20	0,98	0,86	1,29	0,58
C	3,00	2,85	0,31	41	0,76	23	20	1,71	1,46	1,36	0,50
D	2,74	3,35	-1,40	41	0,17	23	20	0,96	1,81	3,54	0,01
E	3,00	2,20	1,67	41	0,10	23	20	1,68	1,44	1,37	0,50
Celkem	12,22	11,55	0,41	41	0,68	23	20	4,49	6,11	1,85	0,17

Výzkumná otázka č. 1

Existují statisticky významné podobnosti a rozdíly mezi chlapci a děvčaty v dotazníku CDI?

Na tuto výzkumnou otázku musíme odpovědět záporně, protože z tabulky číslo 6 můžeme vidět, že neexistuje žádný statisticky významný rozdíl ve škálách dotazníku CDI mezi chlapci a dívkami. Náš výsledek se shoduje českým normativním souborem uvedeným v manuálu k CDI (Kovacs, Preiss, 1998). Tam také čeští autoři neobjevily statisticky významné rozdíly u zkoumaného vzorku pražských školáků (9 – 14 let, N=369), takže náš výzkumný vzorek spadá v tomto ohledu do normy.

Tab. č. 7 Studentův t-test pro zjištění rozdílu mezi chlapci a dívkami u dotazníku B-JEPI

Proměnná	t-testy; grupováno: pohlaví Skup. 1: muži Skup. 2: ženy										
	Průměr m	Průměr z	t	sv	p	Poč. plat. m	Poč. plat. z	Sm. odch. m	Sm. odch. z	F- poměr Rozptyl y	p Rozpt yly
P	7,13	6,50	0,74	41	0,46	23	20	3,11	2,37	1,72	0,24
E	12,65	12,95	-0,30	41	0,76	23	20	3,70	2,56	2,08	0,11
N	11,74	13,60	-1,96	41	0,06	23	20	2,77	3,45	1,56	0,32
L	5,48	5,40	0,01	41	0,92	23	20	3,00	2,01	2,22	0,08

Výzkumná otázka č. 2

Existují statisticky významné podobnosti a rozdíly mezi chlapci a děvčaty u dotazníku B-JEPI?

Ani tato výzkumná otázka nemá kladnou odpověď, protože i zde můžeme z tabulky číslo 7 vidět, že neexistuje žádný statisticky významný rozdíl ve škálách dotazníku B-JEPI mezi chlapci a dívkami. Z uvedených průměrů je zajímavý průměr u škály psychotocizmu (P), který nijak nevybočuje z normy. Autoři uvádějí, že by výskyt P měl být od 0 – 10.

Tab. č. 8 Korelace výsledků obou pohlaví ze všech škál B-JEPI s výsledky ze všech škál CDI

Proměnná	Vš. Skupiny Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05$ N=43										
	Věk	P	E	N	L	A	B	C	D	E	Celkem
Věk	1	0,06	0,06	0,01	0,25	-0,21	-0,09	-0,07	-0,07	-0,35	-0,22
P	0,06	1	-0,28	0,05	-0,01	0,25	0,34	-0,09	0,19	0,29	0,25
E	0,06	-0,28	1	0,19	0,02	-0,20	0,01	0,17	-0,01	0,03	-0,00
N	0,01	0,05	0,19	1	-0,01	0,40	0,15	0,42	0,54	0,24	0,50
L	0,25	-0,01	0,02	-0,01	1	0,08	-0,26	-0,26	-0,06	-0,11	-0,15
A	-0,21	0,25	-0,20	0,40	0,08	1	0,18	0,44	0,68	0,54	0,82
B	-0,09	0,34	0,01	0,15	-0,26	0,18	1	0,26	0,28	0,42	0,51
C	-0,06	-0,09	0,17	0,42	-0,26	0,44	0,26	1	0,41	0,46	0,73
D	-0,07	0,19	-0,01	0,54	-0,06	0,68	0,28	0,41	1	0,29	0,74
E	-0,35	0,29	0,03	0,24	-0,11	0,54	0,42	0,46	0,29	1	0,76
Celkem	-0,22	0,25	-0,01	0,50	-0,15	0,82	0,51	0,73	0,74	0,76	1

Výzkumná otázka č. 3

Existuje statisticky významný vztah mezi škálami dotazníku B-JEPI a škálami dotazníku CDI mezi chlapci a děvčaty?

Na tuto otázku existuje kladná odpověď, protože z dotazníku B-JEPI korelují dvě škály se čtyřmi škálami z dotazníku CDI. Z tabulky vidíme, že se zvyšující se škálou psychotocizmu (P, B-JEPI) u dospívajících se také mírně zhoršují jejich interpersonální

potíže (B, CDI). Z uvedených výsledků můžeme vyčíst, že se zvyšující se labilitou (N, B-JEPI) dospívajících se zhoršuje jejich nálada (A, CDI), snižuje výkonnost (C, CDI) a ještě významněji se zhoršuje schopnost prožívat radost (D, CDI).

Dále uvádíme přehled korelací mezi škálami CDI, které již nesouvisí s výzkumnou otázkou.

Špatná nálada (A) souvisí se zvyšující se nevýkonností (C) a sníženým sebehodnocením (E) a ještě významněji se škálou anhedonie (D). S většími interpersonálními potížemi (B) se snižuje sebehodnocení (E) dospívajících. S rostoucí nevýkonností (C) roste i anhedonie (D) a snižuje se sebevědomí (E). Nejtěsněji s celkovým skóre CDI korelují škály špatná nálada (A), snížené sebehodnocení (E), anhedonie (D) a nevýkonnost (C).

Tab. č. 9 Korelace mezi škálami dotazníku B-JEPI a CDI u chlapců

Proměnná	pohlaví=muži Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05$ N=23										
	Věk	P	E	N	L	A	B	C	D	E	Celkem
Věk	1	-0,09	0,32	-0,50	0,30	-0,71	-0,06	-0,25	-0,57	-0,51	-0,64
P	-0,09	1	-0,32	0,08	0,04	0,21	0,43	-0,27	0,09	0,33	0,20
E	0,32	-0,32	1	0,25	-0,02	-0,61	-0,07	0,19	-0,28	-0,10	-0,22
N	-0,50	0,08	0,25	1	-0,12	0,28	-0,03	0,26	0,35	0,39	0,40
L	0,30	0,04	-0,02	-0,12	1	-0,18	-0,25	-0,44	-0,36	-0,32	-0,47
A	-0,71	0,21	-0,61	0,28	-0,18	1	0,09	0,31	0,51	0,38	0,69
B	-0,06	0,43	-0,07	-0,03	-0,25	0,09	1	-0,05	0,33	0,39	0,44
C	-0,25	-0,27	0,19	0,26	-0,44	0,31	-0,05	1	0,33	0,38	0,68
D	-0,57	0,09	-0,28	0,35	-0,36	0,51	0,33	0,33	1	0,28	0,68
E	-0,51	0,33	-0,10	0,39	-0,32	0,38	0,39	0,38	0,28	1	0,78
Celkem	-0,64	0,20	-0,22	0,40	-0,47	0,69	0,44	0,68	0,68	0,78	1

Výzkumná otázka č.4

Existuje statisticky významný vztah mezi škálami dotazníku B-JEPI a škálami dotazníku CDI u chlapců?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku je kladná. Ano, existuje korelace mezi škálami P, L a E dotazníku B-JEPI a škálami A, B a C dotazníku CDI.

Jediná pozitivní korelace je mezi škálou psychotocizmu a škálou interpersonální potíže - s vyšším skóre u škály psychotocizmu (P, B-JEPI) se mírně zvyšují interpersonální

potíže (B, CDI). Korelaci mezi škálou extroverze-introverze a škálou špatná nálada lze považovat za vysokou. Jedná se o negativní korelaci, takže u chlapců se spíše extravertními sklony (E, B-JEPI) se zlepšuje nálada (A, CDI). Mezi škálou lži a nevykonnost je také negativní korelace, tudíž se zvyšující se škálou lži (L, B-JEPI) se snižuje výkonost (C, CDI).

Mimo korelace obsažené ve výzkumné otázce můžeme ještě v tabulce č. 9 vidět korelace mezi škálou špatná nálada (A) a škálou anhedonie (D). Čím horší je nálada u chlapců, tím se zhoršuje schopnost prožívat radost. Celkové skóre u dotazníku CDI nejvíce zvyšuje škála snížené sebehodnocení (E), špatná nálada (A), nevykonnost (C) a anhedonie (D). Se zvyšujícím se věkem u chlapců klesá labilita (N, B-JEPI), anhedonie (D, CDI), zvyšuje se sebevědomí (E, CDI) a nejvíce klesá špatná nálada (A, CDI).

Tab. č. 10 Korelační matice všech sledovaných proměnných u dívek

Proměnná	pohlaví=ženy Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05$ N=20										
	Věk	P	E	N	L	A	B	C	D	E	Celkem
Věk	1	0,35	-0,46	0,57	0,13	0,30	-0,13	0,24	0,27	-0,09	0,19
P	0,35	1	-0,20	0,11	-0,13	0,29	0,21	0,21	0,36	0,17	0,31
E	-0,46	-0,20	1	0,11	0,13	0,29	0,16	0,12	0,21	0,30	0,27
N	0,57	0,11	0,11	1	0,15	0,58	0,35	0,69	0,61	0,30	0,64
L	0,13	-0,13	0,13	0,15	1	0,41	-0,29	0,09	0,21	0,28	0,23
A	0,30	0,29	0,29	0,58	0,41	1	0,28	0,58	0,83	0,71	0,90
B	-0,13	0,21	0,16	0,35	-0,29	0,28	1	0,75	0,27	0,52	0,61
C	0,24	0,21	0,12	0,69	0,09	0,58	0,75	1	0,56	0,59	0,83
D	0,27	0,36	0,21	0,61	0,21	0,83	0,27	0,56	1	0,48	0,84
E	-0,09	0,17	0,30	0,30	0,28	0,71	0,52	0,59	0,48	1	0,81
Celkem	0,19	0,31	0,27	0,64	0,23	0,90	0,61	0,83	0,84	0,81	1

Výzkumná otázka č. 5

Existuje statisticky významný vztah mezi škálami dotazníku B-JEPI a škálami dotazníku CDI u děvčat?

Na tuto výzkumnou otázku můžeme odpovědět kladně. Ano, existuje statisticky významná kladná korelace mezi škálou labilita-stabilita a třemi škálami z pěti u CDI a to škálou špatná nálada, nevykonnost a snížené sebehodnocení. S vyšší labilitou (N, B-JEPI) souvisí horší nálada (A, CDI), velmi významně souvisí nevykonnost (C, CDI) a také zhoršená schopnost prožívat radost (D, CDI).

Dále uvádíme přehled korelací mezi škálami CDI, které již nesouvisí s výzkumnou otázkou.

Bylo zjištěno, že čím bylo skóre u škály špatná nálada (A) vyšší, tím horší byla vykonnost (C) a velmi významně se zvyšovala neschopnost prožívat radost (D) a snižovalo se sebevědomí (E). S rostoucími interpersonálními potížemi (B) dívek se velmi významně zvyšovala i nevykonnost (C) a dále klesalo sebevědomí (E). Se zhoršující se výkonností (C) se zvyšuje neschopnost prožívat radost (D) a snižuje se sebehodnocení (E). U dívek se se zhoršující se schopností prožívat radost (D) snižovalo i sebehodnocení (E). S celkovým skóre u CDI velmi významně souvisí špatná nálada (A), dále pak také významně anhedonie (D), nevykonnost a snížené sebehodnocení.

8 Diskuze

Svou práci jsem zaměřila na zjištění depresivity u dětí z dětských domovů, zda jsou rozdíly mezi pohlavími a na zjištění, jestli spolu navzájem korelují škály osobnostního dotazníku B-JEPI a subškály sebesuzovací škály CDI.

Platnost a zobecnitelnost dosažených výsledků je limitována několika aspekty použitého metodologického postupu. V první řadě se jedná o omezenou reprezentativnost sledovaného souboru. Výzkumný soubor není rozsáhlý (N=43) a také není vyloučené, že děti například v hlavním městě mohou mít zcela odlišné výsledky než děti z mého výzkumného vzorku, který pochází z části i z malé obce z druhého konce republiky. Nemá být vyloučené, že děti z námi vybraných dětských domovů představují specifickou skupinu, která se od širší populace dětí z dětských domovů liší.

Vágnerová (2005) uvádí, že u dětí mladšího školního věku se rozvíjí emoční inteligence, děti lépe rozumí svým pocitům a dokáží je lépe vnitřně regulovat a popsat, ale i přesto může být druhé omezení spojeno s využitím sebesuzovací škály, jež s sebou přináší riziko, že výsledky mohou být zkresleny ochotou dětí o sobě uvádět pravdivé informace.

Také mohlo dojít k nepřesnostem ve výsledcích vzhledem k tomu, že děti nebyly před vyplňováním dotazníků rozděleny na ty, které jsou v dětském domově jen na přechodnou dobu, například než si rodiče vyřeší bytovou či finanční otázku, aby mohli požádat o navrácení dítěte do své péče a na děti, které v dětském domově tráví významnou část svého života, což mohlo u ne tak velkého vzorku ovlivnit výsledky.

Hort a kol. (Hort, Hrdlička, Kocourková a kol. 2008) uvádí, že u 14letých nezletilých depresivních adolescentů je poměr výskytu depresivní epizody u chlapců k dívkám 1:5, později 2:5. Významnou převahu dívek nad chlapci ve výskytu depresivní symptomatiky potvrzuje i většina studií využívajících CDI ke screeningu populací dospívajících v USA (např. Nolen-Hoeksema, 2002, in Fráňová, 2004). Naproti tomu z našich výsledků, které byly zjišťovány pomocí Studentova t-testu, ovšem vyplývá, že mezi chlapci a děvčaty ve výzkumném souboru neexistuje statisticky významný rozdíl u depresivity měřené pomocí sebesuzovací škály CDI. Autoři českého standardizačního vzorku (N=369) dětí také neobjevili žádné významné rozdíly v subškálách CDI (Kovacs, Preiss, 1998), i další z českých studií potvrdily, že rozdíly mezi chlapci a dívkami byly ve všech sledovaných oblastech depresivních příznaků nevýznamné (Šedivá, 1999, in

Fráňová, 2004, Fráňová, 2004).

U našeho výzkumného souboru se při zpracování výsledků (viz. přílohy) objevily rozdíly ve skórování u CDI u cut off skóre pro depresivitu. Při nižším i vyšším cut off skórovaly více dívky než chlapci. Při nižším 7 chlapců a 11 děvčat, při vyšším 1 chlapec a 4 dívky. Není tedy vyloučeno, že pokud by náš výzkumný vzorek měl více respondentů, potvrdily by se výsledky z amerických studií a to sice, že dívky skórují v sebeuposuzovací škále depresivity CDI významněji než chlapci.

U popisné statistiky se nějaké rozdíly objevily, ale chlapci a děvčata se nijak výrazně neliší ani u jednoho z testů, spíš můžeme potvrdit větší rozptýlenost dat u děvčat, chlapci odpovídali homogenněji, což by mohlo potvrzovat domněnku z článku autorky Fráňové (2004), že dívky mají vyšší sklon připustit si symptomy, jsou více introspektivní v tomto věku a proto skórují ve více škálách oproti chlapcům.

U dívek korelovala škála labilita-stabilita (B-JEPI) se subškálami CDI. U žádné jiné škály z osobnostního dotazníku nedošlo ke statisticky významným korelacím. U chlapců korelovaly tři škály z dotazníku B-JEPI a to psychotizmus, extroverze-introverze a škála lži. U dívek se se zvyšující se labilitou zhoršovala nálada, klesala velmi významně výkonnost a také schopnost prožívat radost. Tyto výsledky bychom vysvětlovali tím, že jak je popsáno v teoretické části, dívky dospívají v průměru o něco dříve než chlapci a zatímco u chlapců je významný především růst a rozvoj síly u děvčat v tomto období začínají být nápadnější sekundární pohlavní znaky. Mohlo by to vysvětlovat proč je u dívek signifikantní především labilita, která souvisí se špatnou náladou – dívky jsou v tomto ohledu vystaveny většímu tlaku okolí, aby si uvědomily své dospívání, aby na sebe dávaly větší pozor a také se podle toho chovaly, což může mít za následek, že se dívky musí více snažit přizpůsobit očekávaným standardům chování a dochází u nich k labilnějšímu chování, ke zhoršené náladě a výkonnosti (dívky o sobě více pochybují) a tím se zhoršuje i schopnost prožívat radost – je na ně upřena větší pozornost, větší tlak.

Zatímco u chlapců v té době dochází dle Langmeiera a Krejčířové (2006) hlavně k tělesnému růstu a nabírání síly, chlapci mohou mít sklony sílu manifestovat také agresivitou, což vysvětluje zvyšující se skóre u škály psychotizmu, která je sycená hlavně agresivitou a hostilitou (Eysenck, 1994) a interpersonálních potíží.

Výsledky pro celý zkoumaný soubor bez rozdělení podle pohlaví ukazují, že psychotizmus (P, B-JEPI) mírně koreluje s interpersonálními potížemi. Dále koreluje už

jen škála labilita-stabilita (N, B-JEPI) ve smyslu, čím jsou dospívající z našeho vzorku labilnější ve svém chování, tím se u nich zhoršuje nálada, zhoršuje výkonnost a poměrně významně snižuje schopnost prožívat radost.

U korelací mezi škálami testu B-JEPI se potvrdilo u obou pohlaví, jak uvádí český manuál k testu (Eysenck, 1994), že škály jsou na sobě vzájemně nezávislé.

Diskuzi lze shrnout tak, že existují velmi významné korelace mezi osobnostními rysy a depresivitou u dětí, ať už při rozdělení na pohlaví nebo jako skupinu celkově. Rozdíly, měřené pomocí Studentova t-testu, mezi chlapci a děvčaty u depresivity se neprokázaly, i když zde mohlo dojít ke zkreslení vlivem nedostatečného zkoumaného vzorku pro statistické zhodnocení a při vyšším počtu, by možná byly rozdíly průkaznější. Na druhou stranu je potřeba říci, že více dětí z dětských domovů nebylo možno v daném časovém období a za daných podmínek zajistit.

IV. Závěr

V této práci jsme se zaměřili na zjištění vztahu mezi osobnostními rysy, měřenými pomocí Osobnostního dotazníku B-JEPI, a depresivitou, zkoumanou pomocí Sebeuposuzovací škály deprese pro děti CDI. Dílčím cílem bylo zjištění, jestli existují rozdíly mezi pohlavími a výskytem depresivity u námi zkoumaného výběru. Vzorek představovaly děti ze tří dětských domovů z Moravskoslezského kraje. Celkový počet byl 43 dětí, z toho 23 chlapců a 20 děvčat ve věku 9 – 14 let. Výsledky osobnostního dotazníku jsme korelovali s výsledky sebeuposuzovací škály pro depresivitu u dětí pro celý soubor i pro každé pohlaví zvlášť. Také jsme zjišťovali rozdíly pomocí Studentova t-testu mezi pohlavími u obou výzkumných metod.

Neshledali jsme statisticky významný rozdíl mezi skupinou chlapců a skupinou děvčat u výskytu depresivních příznaků. Prokázal se však statisticky signifikantní vztah mezi některými osobnostními rysy a škálami u CDI. U děvčat jsme shledali vysoce signifikantní korelace mezi škálou labilita (N, B-JEPI) a subškálou špatná nálada $r=0,58$ (A, CDI), také labilita velmi významně korelovala se subškálou nevýkonnost $r=0,69$ (C, CDI) a korelační koeficient pro labilitu a anhedonii je $r=0,61$ (D, CDI).

U chlapců korelovaly se škálami CDI především extroverze (E, B-JEPI), která měla těsný negativní vztah ke škále špatná nálada (A, CDI) $r= -0,61$, dále psychoticismus (P, B-JEPI), který kladně koreloval se subškálou interpersonální potíže (B, JEPI) $r=0,43$ a škála lži (L, B-JEPI), která negativně korelovala s nevýkonností (C, CDI) $r= -0,44$.

U zkoumaného souboru jako celku byly shledány tyto výsledky, kladná korelace mezi škálou psychoticismu (P, B-JEPI) a subškálou interpersonální potíže (B, CDI) $r=0,34$. Dále byl kladný vztah potvrzen mezi škálou labilita (N, B-JEPI) a subškálami špatná nálada (A, CDI) $r=0,40$, subškálou nevýkonnost (C, CDI) $r=0,42$ a ještě těsnější vztah byl shledán s subškálou neschopnost prožívat radost (D, CDI) $r=0,54$.

V. Souhrn

Cílem teoretické části této diplomové práce bylo podat přehled o psychickém vývoji dítěte se zaměřením na mladší a starší školní věk, na hybné síly duševního vývoje a psychické potřeby, popsání historie a výskytu deprese u dětí.

Poruchy nálady, z nichž nejběžnější je deprese, jsou popisovány již 2500 let. V roce 1975 svolal Mezinárodní institut duševního zdraví shromáždění, aby se prodiskutoval výskyt a diagnostická kritéria deprese u dětí. Od tohoto roku začala být dětská deprese akceptována a zaváděla se diagnostická kritéria. Starší školní věk by se dal stručně charakterizovat jako období biologického zrání jedince a zároveň probíhá řada významných a nápadných psychických změn, které se mohou charakterizovat jako nástup nových pudových impulsů a jejich následné uspokojení a kontrola nad nimi, zvýšenou emoční nestabilitu a také nástup vyspělého formálního myšlení, rozrůstání slovní zásoby, efektivnější učení a využívání naučených poznatků, selekce v oblasti zájmů a priorit, vývoj motoriky je v tomto období výraznější než v období předcházejícím. Dospívající získávají dovednosti, jež vyžadují sílu, hbitost, ale i jemnou motoriku, koordinaci a rovnováhu.

K porozumění depresivity u dětí je nutné znát obvyklý vývoj osobnosti jedince. Je důležité vědět, že dítě mladšího školního věku musí ve svém vývoji překonat nejen rozmanité biologické mezníky, jako je rozvoj pohybových schopností, tělesný růst a první sekundární pohlavní znaky, ale také značné psychické změny. Toto období je odstartováno nástupem dítěte do školy, kde se musí přizpůsobit novým pravidlům i novému režimu dne. Rozvíjí se emoční inteligence, dítě poznává a je schopno lépe vnitřně regulovat své pocity.

Dle Eriksona (2002) si děti v období mladšího a staršího školního věku projdou těmito vývojovými úkoly - pocit vlastní snaživosti proti pocitu méněcennosti a vlastní identita proti zmatení rolí.

Duševní vývoj dle Říčana (2006) také ovlivňují četné hybné síly. Jsou to biologické a sociální hybné síly a také osobnost jako hybná síla vývoje.

Langmeier s Matějčkem (Langmeier, Matějček, 1974) dělí psychické potřeby do pěti kategorií: potřeba náležité stimulace, potřeba smysluplnosti světa (určitý řád v přijímaných podnětech), potřeba životní jistoty, potřeba pozitivní identity a potřeba otevřené budoucnosti.

Ústavní péče spadá v České republice pod správu tří ministerstev. Ministerstvo zdravotnictví (MZD) zodpovídá za děti do tří let věku. Disponuje k tomu 36ti dětskými domovy pro děti do 3 let, kojeneckými ústavy a dětskými centry.

Děti mezi 3 a 18ti lety věku, které mají snížený intelekt nebo jiné mentální postižení, spadají do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Pro tyto účely užívá MPSV ústavy sociální péče (ÚSP). Děti zdravé, s tělesným a/nebo senzorickým postižením nebo s poruchami chování (starší tří let) zajišťuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Do jeho rezortu patří diagnostické ústavy, dětské domovy a dětské domovy se školou (dřívější výchovné ústavy). Tato zařízení jsou určena buď pro děti, mládež nebo pro děti a mládež (věková hranice mezi dítětem a mládeží je kolem 15 let). Zařízení bývají buď smíšená (pro chlapce i dívky) nebo rozdělená podle pohlaví (hlavně ve výchovných ústavech). Důvody umístění nejmenších dětí do kojeneckých ústavů jsou uváděny různými zdroji poněkud odlišně. Průměrně jde o tato čísla: z důvodů zdravotních asi 30% dětí, z důvodů sociálních asi 45% a z důvodů zdravotně-sociálních asi 25% dětí.

Mezi nejznámější negativní dopad výchovy v ústavním prostředí nepochybně patří psychická deprivace, kterou formulovali Langmeier a Matějček ve své knize „Psychická deprivace“ v roce 1963. Sobotková (2008) uvádí, že „Je cela jistě nepopíratelné, že děti umístěné v ústavním prostředí nejsou citově saturované a jsou ohroženy psychickou deprivací“. Nebylo by však vhodné pokládat všechny děti, které prošly tímto prostředím automaticky za psychicky deprivované. I mezi dětmi vyrůstajícími od útlého dětství ve stejných ústavních podmínkách se nachází velmi rozdílný vývoj osobnosti, s různými příznaky a s různě vyvinutými jednotlivými funkcemi. Tím větší jsou rozdíly mezi dětmi, jejichž vývoj byl ovlivněn deprivací různého druhu, různého stupně, různého trvání a v různém věku (Langmeier, Matějček, 1974).

Na základě těchto teoretických poznatků jsme provedli dotazníkové šetření pomocí Sebeuposuzovací škály depresivity u dětí CDI a Osobnostního dotazníku pro děti B-JEPI u vzorku 43 dětí ze třech dětských domovů v Moravskoslezském kraji, o zařazení do výzkumu rozhodovala ochota ředitelů daných zařízení umožnit výzkum a samozřejmě dobrovolné vyplnění obou dotazníků dětmi. Po vyhodnocení výsledků jsme došli k několika závěrům. Pomocí t-testu se nezjistily žádné statisticky významné rozdíly mezi pohlavími ani u jednoho z dotazníků. Rozdíly nebyly zjištěny u depresivity ani u žádné ze škál osobnostního dotazníku. Byly nalezeny pozitivní korelace mezi škálou lability-stability (N, B-JEPI) a subškálami špatná nálada (A), nevykonnost (C) a neschopnost

prožívat radost (D) u škály CDI u dívek. U chlapců byla nalezena pozitivní korelace mezi škálou psychotocizmu (P, B-JEPI) a subškálou interpersonálních potíží (B, CDI), dále pak negativní korelace mezi extroverzí-introverzí (E, B-JEPI) a špatnou náladou (A, CDI) a mezi škálou lži (L, B-JEPI) a subškálou nevýkonnost (C, CDI). Celý zkoumaný soubor koreloval pozitivně ve škálách psychotocizmu (P, B-JEPI) se subškálou interpersonální potíže (B, CDI), také škála labilita-stabilita (N, B-JEPI) pozitivně korelovala se subškálami špatná nálada (A, CDI), nevýkonnost (C, CDI) a se subškálou neschopnost prožívat radost (D, CDI).

Touto prací jsme popsali, do jaké míry spolu korelují škály u osobnostního dotazníku B-JEPI a subškály sebeposuzovací škály depresivity pro děti CDI u našeho zkoumaného vzorku dětí a to jak na celém výběru, tak i pro chlapce a děvčata zvlášť. Dále lze z námi zjištěných výsledků vyzorovat, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi chlapci a děvčaty u sebeposuzovací škály depresivity CDI ani u osobnostního dotazníku B-JEPI.

Použitá literatura:

- Atkinson, R. L. a kol. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Baštecký J., Šavlík J., Šimek J. a kol (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- Conley, C. S., Rudolph, K. D. (2009). *The emerging sex difference in adolescent depression: Interacting contributions of puberty and peer stress (electronic version)*. *Development and Psychopathology*, 21, 593-620.
- Čermák, I., Klimusová, H., Vízdalová, H. (2004). *Deprese v dětství a její vztah k problémům chování*. *Československá psychologie*, 49, 3/2005, 223-236 .
- Erikson, Erik H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G. (1994). *B – JEPI. Osobnostní dotazník pro děti*. Bratislava: Psychodiagnostika.
- Fráňová, L. (2004). *Depresivní symptomatika ve věku 12-15 let – mezipohlavní rozdíly a další souvislosti*. *Československá psychologie*, 48, 6/2004, 510-522.
- Hall, C. S., Lindzey, G. (1999). *Psychológia osobnosti: úvod do teórií osobnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J. a kol. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Hosák, L. (2005). *Deprese a její léčba (elektronická verze)*. *Postgraduální medicína*, 1/2005.

- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K., Kanead, P. (2008). *Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective (electroni version)*. Clin Psychol Rev. 2008 June; 28(5), 759–782.
- Kovacs, M. (1998). *CDI. Sebeposuzovací škála depresivity pro děti*. Brno: Psychodiagnostika.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Langmeier, J., Matějček, Z. (1974). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum.
- Langmeier, J., Matějček, Z. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (1999). *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J. (1995). Pozdní následky psychické depriace a subdeprivace. I. část. Děti z dětských domovů ve svých čtyřiceti letech. *Československá psychologie*, 39 (6).
- Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie zdraví a nemoci*. Olomouc: Vydavatelství univerzity Palackého.
- Novotný, J. S. (2007). *Problematika resilience u dospívajících v ústavní péči*. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci.

- Poněšický, J. (1999). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie: hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch*. Praha: Triton.
- Rao, U., Chen, L. (2009). *Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders (electronic version)*. *Dialogues Clin Neurosci*, 11(1), 45–62.
- Rice, F., Bree, M., Thapar, A (2004). *A population-based study of anxiety as a precursor for depression in childhood and adolescence (electronic version)*. *BMC Psychiatry*, 4: 43.
- Roubal, J. (2008). *Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických směrů*. *Československá psychologie* 52, 2008/6, 615-624.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem. Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Říčan, P., Krejčířová, D a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Smékal, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- Sobotková, I. (2008). Poznámky k současné situaci v ústavní výchově dětí. In: *Náhradní výchova dětí – možnosti a meze, sborník z kolokvia I*, 107-112. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy.
- Sobotková, I. (2005). *Proč je u nás tolik dětí v ústavech a proč jejich počet stále narůstá?* In: *Psychologie dnes*, 11, 2005, č. 2, str. 4 - 5. Praha: Portál.

- Solantaus, T., Paavonen, J., Toikka, S., Punamäki, R. (2010). *Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour (electronic version)*. European Child & Adolescent Psychiatry.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Švancara, J. a kol. (1980). *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I, Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vondráček, V. (1975). *Úvahy psychologicko-psychiatrické*. Praha: Avicenum.

ABSTRAKT

Jméno.....Eva Butschková
Obor.....Psychologie – jednooborová
Rok imatrikulace.....2006
Vedoucí práce.....PhDr. Simona Cakirpaloglu, PhD.
Oponent.....
Počet stran.....66
Název diplomové práce..... Osobnostní rysy a depresivita u dětí z dětských domovů

Abstrakt diplomové práce:

Cílem této diplomové práce je zjistit, jestli spolu souvisí osobnostní rysy a depresivita u dětí z dětských domovů. Teoretická část popisuje psychický vývoj dítěte, depresi u dětí, její historii, výskyt, klinické příznaky, diagnostiku a také podává přehled o formách ústavní péče v České republice a jejich rizicích. Praktická část zkoumá, jestli existují rozdíly mezi pohlavími u depresivity a jak dalece spolu korelují osobnostní rysy naměřeny dotazníkem B-JEPI a aktuální depresivní symptomatika zjišťována pomocí sebeposuzovací škály depresivity pro děti CDI u obou pohlaví zvlášť i společně pro obě pohlaví. Do výzkumu bylo zařazeno 43 dětí, 23 chlapců a 20 dívek ve věkovém rozpětí 9-14 let, ze tří dětských domovů z Moravskoslezského kraje.

Klíčová slova:

depresivita, psychický vývoj dítěte, ústavní péče, osobnost

ABSTRACT

Name.....Eva Butschková
Field of study**Psychology – single subject**
Matriculation year.....2006
Supervisor.....PhDr. Simona Cakirpaloglu, PhD.
Opponent :
No. of pages:.....66
Title of the diploma thesis.....**Personal traits and depression
in children living at a children's home**

Abstract of the diploma thesis:

The goal of this thesis is to find out if the personal traits and depressivity observed in children from children's home are related to each other. The theoretical part describes the psychical development of children, depressions among them, the history of this depressions, their occurrence, clinical indications and diagnostics. It also takes a look at the forms of constitutional care in Czech Republic and its risks. The practical part examines, if there are any differences between the genres in terms of their depressivity, and how much do the personal traits acquired by the B-JEPI survey correlate with the actual depressive symptoms. These symptoms were observed by the means of symptom-oriented instrument for assessing depression in children – CDI, which was used for both genres separately and also for both genres mixed. There were 43 children – 23 boys and 20 girls, from age 9 to 14, from three different children's homes of Moravia-Silesian County – taken into account.

Key words:

Depressivity, psychical development of a children, constitutional care, personality

Přílohy

Příloha č. 1: Přehled hrubých skóreů dotazníku B-JEPI a škály CDI u děvčat.

Děvčata												
Počet	Věk	P	B-JEPI			CDI					Celkem	
			E	N	L	A	B	C	D	E		
1	10		3	18	10	7	1	0	1	2	1	5
2	10		4	15	8	5	1	0	2	2	1	6
3	11		4	14	18	4	3	3	6	4	5	21
4	11		6	12	11	5	2	2	4	3	3	14
5	12		5	15	13	6	1	0	2	2	3	8
6	12		10	11	9	4	2	1	2	2	2	9
7	12		6	14	12	4	2	0	1	2	3	8
8	12		5	14	10	6	3	1	2	4	3	13
9	12		7	11	11	4	1	0	2	3	1	7
10	13		8	12	16	2	1	1	2	4	0	8
11	13		6	12	14	3	2	0	1	3	1	7
12	13		11	12	12	5	3	1	3	4	3	14
13	13		7	17	19	10	7	1	4	6	4	22
14	13		12	12	15	7	3	1	4	5	3	16
15	14		8	14	17	6	7	1	5	6	5	24
16	14		6	11	11	6	1	0	2	2	1	6
17	14		6	12	19	7	5	0	4	8	2	19
18	14		7	15	18	2	2	2	5	3	1	13
19	14		5	12	16	8	1	0	3	1	1	6
20	14		4	6	13	7	1	0	2	1	1	5

Příloha č. 2: Přehled hrubých skóreů dotazníku B-JEPI a škály CDI u chlapců.

Chlapci												
Počet	Věk	B-JEPI				CDI					Celkem	
		P	E	N	L	A	B	C	D	E		
1	9	8	9	14	5	5	0	3	3	4	15	
2	10	7	10	18	6	6	0	4	4	4	18	
3	10	5	8	13	6	5	0	3	4	3	15	
4	10	8	12	11	7	3	1	4	3	5	16	
5	11	6	15	13	1	3	3	3	4	4	17	
6	11	8	11	12	3	4	0	4	3	4	15	
7	12	13	13	16	2	3	3	3	4	7	20	
8	12	12	9	11	3	3	2	3	3	4	15	
9	12	5	14	12	4	2	0	4	2	5	13	
10	13	5	18	14	2	2	0	6	4	2	14	
11	13	6	15	12	9	3	0	4	3	2	12	
12	13	3	15	12	6	2	1	2	2	1	8	
13	13	7	13	10	4	4	1	3	2	2	12	
14	13	5	14	12	3	2	0	5	4	2	13	
15	13	11	12	8	5	2	0	0	2	2	6	
16	14	5	13	9	3	1	0	0	2	1	4	
17	14	5	14	7	3	3	1	6	2	2	14	
18	14	12	11	8	12	3	2	1	3	3	12	
19	14	5	18	13	6	2	0	5	1	6	14	
20	14	1	18	11	11	0	0	1	2	1	4	
21	14	12	18	16	10	1	0	1	1	1	4	
22	14	7	5	9	8	3	0	2	2	2	9	
23	14	8	6	9	7	3	1	2	3	2	11	